

LES INDICATIONS ACTUELLES

DE

N° 45

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1909

PAR

Gabriel BOCHOT

Né à Sussey (Côte-d'Or), le 9 février 1876

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... Doyen.
SARDA..... Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseig ^t de
	pathol. et therap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (*).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement
	de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, <i>président</i> .	MM. SOUBEYRAN, <i>agrégé</i> .
VALLOIS, <i>professeur</i> .	GAUSSEL, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE
MADEMOISELLE EMILIE BOCHOT

A MON PÈRE

A M. LE DOCTEUR ALBERT BRETON

MÉDECIN DES HOSPICES DE DIJON

MEIS ET AMICIS

G. BOCHOT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR GEORGES DE ROUVILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
SOUBEYRAN ET GAUSSEL

A TOUS MES MAÎTRES

Témoignage de respect et de gratitude.

G. BOCHOT.

Le nom de M. le professeur de Rouville doit être le premier cité au début de ce travail qu'il a inspiré et dont il a guidé les recherches.

Dans notre très respectueuse et très reconnaissante affection nous ne séparerons pas M. de Rouville, notre dévoué et excellent maître, de son ami M. Vallois, professeur de clinique obstétricale et médecin en chef de la Maternité. L'accueil que nous avons reçu d'eux à notre arrivée à la Faculté de Montpellier, les leçons et les conseils qu'ils nous ont donnés, les témoignages d'une bienveillance toute paternelle et journellement éprouvées, nous ont été une aide morale et matérielle dont nous savons le prix et qui leur assure mieux qu'une reconnaissance banale de notre part.

M. de Rouville nous donne une nouvelle preuve de sa bienveillance en acceptant la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions profondément comme nous remercions également M. le professeur Vallois et MM. les professeurs agrégés Soubeyran et Gaussel, nos examinateurs, de l'honneur qu'ils nous font en siégeant à notre soutenance.

Nous ne saurions dire assez tout le profit que nous avons retiré de notre fréquentation de la clinique médicale de M. le professeur Carrieu.

Nous n'oublierons pas les leçons de clinique chirurgicale de M. le professeur Tédénat, dont la traditionnelle bonhomie sait si bien mettre en valeur le haut enseignement scientifique.

M. le professeur agrégé Gausset nous a beaucoup appris dans la clinique interne tant à ses consultations de l'Hôpital Général que dans le service de M. le professeur Grasset.

Nous ne saurions non plus passer sous silence les lumineuses et substantielles leçons d'urologie du jeudi, où M. le professeur agrégé Jeanbrau tient sous le charme de sa parole savante un auditoire toujours nombreux et attentif.

A tous les maîtres qui nous ont donné leur temps et leur savoir, nous offrons, avec l'hommage de notre respect, l'expression de notre vive reconnaissance. Nous nous séparons d'eux avec regret, et au moment de les quitter il nous est particulièrement agréable de témoigner du grand avantage que nous avons retiré de notre séjour à la vieille Faculté de Montpellier où nous avons trouvé chez tous et avant tout le souci de donner aux étudiants un enseignement pratique et immédiatement utile.

Mais nos maîtres de Montpellier ne nous ont pas fait oublier ceux de la Faculté de Lyon et de notre chère Ecole de Dijon.

De Lyon, nous nous souvenons plus particulièrement de M. le docteur Leclerc, médecin des hôpitaux, dont nous avons suivi pendant près d'un an l'intéressant service de médecine de l'Hôtel-Dieu et de M. le professeur Siraud, dont nous avons eu l'honneur d'être l'Assistant dans son beau Service de l'hôpital Saint-Luc.

Nous avons accompli un stage à la Clinique d'accouchements de l'hôpital de la Charité. Nous gardons le meilleur souvenir de la direction, un peu rude parfois, mais si éclairée et si bonne au fond de M. le professeur Fabre. Aux remerciements que nous lui adressons, nous

en joignons d'autres auxquels a droit largement l'excellente sœur Chaumard si justement appréciée et si respectée des étudiants qu'elle contribue à former dans l'art des accouchements.

Nous remercions M. le docteur Violet de l'accueil aimable qu'il nous fit à notre arrivée à Lyon. Nous nous plaisons à l'en remercier et à lui dire que nous évoquons toujours avec plaisir le temps passé auprès de lui à Marseille et dans les Alpes.

Mais c'est à nos maîtres de l'Ecole de Dijon et spécialement à MM. les professeurs Deroye, directeur de l'Ecole ; Broussolle, Parizot, Zipfel, Dubard, Abrant, que nous réservons la meilleure part de notre affection reconnaissante et respectueuse. Ce sont eux qui ont assuré les bases de nos connaissances médicales et qui, les premiers, nous ont fait prendre conscience des devoirs de la profession.

Le souvenir des relations cordiales qu'ils entretenaient avec leurs élèves et de la confiance qu'ils leur accordaient ne nous a pas quitté. Loin d'eux, nous avons bien souvent pensé à la famille médicale bourguignonne et nous l'avons regrettée. Nous allons les retrouver bientôt, nous en sommes heureux, et notre ambition sera de payer en dévouement leur bonté si souvent éprouvée.

Il nous reste à accomplir le devoir très doux de remercier celui qui fut vraiment notre premier maître et le meilleur, M. le docteur Breton, médecin des hospices de Dijon.

Pendant les trois semestres d'été que nous avons passés sous sa direction, nous avons retiré de son enseignement très élevé et très pratique, et donné avec tant de simplicité, le plus clair et le plus solide de nos connaissances en clinique interne.

Mais si nous avons contracté une dette de reconnaissance envers ce maître dont nous fûmes toujours l'élève gâté, nous ne saurions dire assez ce que nous devons à l'homme bon et obligeant qu'il fut pour nous. Il nous fit le grand honneur de nous traiter en ami et tout dernièrement encore il nous donnait une preuve unique de son estime et de son affectueuse bienveillance.

Nous ne prétendons pas nous acquitter jamais envers lui. Cette dette pourtant ne nous pèse pas, car nous serons toujours fier d'être l'obligé de son grand cœur. Il sait l'affection haute que nous lui portons ; nous sommes heureux de lui en renouveler ici publiquement l'assurance en lui offrant le plus humble hommage de notre respect et de notre entier dévouement.

Enfin nous ne voudrions pas clore cette page sans envoyer un salut affectueux à nos amis les docteurs Louis Loquin, Louis Robert, Boltemer, H. Sancey et Misserey. Que de fois, loin d'eux, nous avons pensé aux heures qui nous ont réunis autrefois. Le temps ni l'éloignement n'ont entamé ces amitiés fondées sur tant de souvenirs qui nous sont chers à tous. Nous nous en réjouissons et en souhaitant longue et brillante carrière à nos amis nous les assurons de notre fidèle attachement.

Que M. Pierre Delanoë, chef de laboratoire du professeur Rodet, et son frère Félix, braves cœurs rencontrés trop tard sur notre route, comptent eux aussi sur notre affection, en retour de la confiance qu'ils nous ont témoignée.

Nous remercions également notre bon camarade Lucien Lériget, interne des asiles, de l'obligeance gracieuse avec laquelle il a mis à notre disposition ses connaissances des langues vivantes pour la correspondance étrangère.

LES INDICATIONS ACTUELLES

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

PRÉAMBULE

L'hystérectomie vaginale est-elle une opération qui doit être rayée définitivement des procédés opératoires de la gynécologie chirurgicale ?

Telle est la question à laquelle nous nous proposons de répondre dans ce modeste travail.

L'hystérectomie vaginale qui, de 1885 à 1895, était l'opération de choix dans la plupart des affections de l'utérus et des annexes, vit dès cette dernière date son étoile pâlir et les chirurgiens lui préférer les opérations abdominales.

Chacun a encore présent à l'esprit le souvenir des luttes que souleva cette question, et il serait hors de notre sujet de nous faire l'historien des phases de ce procès qui dura vingt ans. A en juger par le silence relatif qui s'est établi

autour de ce problème, il semble, qu'à dater surtout du Congrès de chirurgie de 1904, la cause soit entendue et jugée au désavantage de l'hystérectomie vaginale. Malgré la très remarquable défense présentée alors par le professeur Richelot, il ne paraît pas que la voix du maître ait été entendue. En fait, l'hystérectomie vaginale est depuis cette époque de plus en plus délaissée par les chirurgiens.

Il ne conviendrait pas à un très modeste élève d'avoir la prétention de réhabiliter la voie vaginale, d'autant que nous avons nettement conscience que la thèse des hystérectomistes vaginaux comporte beaucoup de points indéfendables.

Mais si nous ne doutons pas que la voie vaginale doive être moins fréquentée qu'autrefois et que les raisons ne manquent pas qui justifient dans une large mesure la préférence donnée aujourd'hui à la voie haute, l'enseignement clinique et la pratique opératoire de notre maître M. le professeur de Rouville nous ont persuadé qu'on fait une injustice en délaissant tout à fait « l'opération française », et qu'en adoptant exclusivement la voie sus-pubienne, les chirurgiens se privent d'une intervention qui, lorsqu'elle réunit certaines conditions, offre de réels avantages opératoires et thérapeutiques.

Il nous a donc paru intéressant de rechercher quelles étaient actuellement les indications de la vaginale.

Le sujet de ce travail nous a été inspiré par M. le professeur de Rouville ; c'est lui qui a guidé nos recherches et c'est dans son très actif service de l'hôpital Suburbain que nous avons recueilli les observations que nous publions.

Nous nous étions tout d'abord proposé de développer plus particulièrement le chapitre relatif au traitement par la voie vaginale des salpingo-ovarites chroniques et d'ex-

poser sur ce point les idées personnelles de notre maître. Nous avons à cet effet provoqué une manière de referendum des gynécologistes étrangers les plus illustres. Nous publions quelques-unes des réponses que nous avons reçues d'eux.

Nous regrettons que le temps et des circonstances indépendantes de notre volonté nous aient contraint de restreindre le programme que nous nous étions tracé. Nous n'en garderons pas moins une reconnaissance très vive à notre maître d'avoir pensé à nous confier l'honneur d'exposer ses idées et de défendre une cause qu'il a faite sienné à l'Ecole de Montpellier.

Nous divisons notre travail en deux parties : Dans la première, nous traiterons brièvement les indications générales actuelles de l'hystérectomie vaginale. Nous aborderons ensuite ses indications particulières envisagées dans les salpyngo-ovarites, les fibromes, le prolapsus utérin, l'inversion utérine, l'infection puerpérale, les métrites et le cancer.

PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS SUR LES INDICATIONS GÉNÉRALES ACTUELLES DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

C'est au Congrès de chirurgie de Paris 1904, et la même année aux séances de juillet, octobre et décembre, de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Paris, que la question de l'hystérectomie vaginale fut une dernière fois débattue avec toute l'ampleur qu'elle mérite.

Il est assez curieux de remarquer qu'en ces tenues oratoires, aussi savantes que passionnées, et même au Congrès international de Saint-Pétersbourg 1905, ce sont surtout des voix françaises, telles que celles de Richelot, Segond, Legueu, Terrier, J.-L. Faure, Pinard, Delbet, qui dominent les débats. Les chirurgiens étrangers semblent vouloir laisser à des Français le soin d'instruire le procès de « l'opération française » ou d'en défendre la

cause. Jamais en effet le choix de la voie à suivre pour aborder l'utéro-annexe n'a donné lieu à l'étranger aux luttes passionnées qu'elle a suscitées chez nous.

En Angleterre, sans que toutefois la voie vaginale trouve de très chauds partisans, les laparotomistes eux-mêmes ne lui déniaient pas tout mérite. James Swain, de Bristol (décembre 1904), préconise toute efficacité dans le cancer dépisté précocement. Les fibromes de grosseur ne dépassant pas le développement d'un utérus gravide de 5 mois relèvent de l'hystérectomie vaginale suivant Haultain. Herbert Spencer se déclare du même avis (1905). En janvier 1901, Lewers avait communiqué 40 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer.

Au Congrès de Rome (1902), Nigrisoli, de Ravenne, soutenait la thèse de la vaginale. Mangiagalli, de Milan, Bossi, de Gênes, se déclarent eux aussi colpo-hystérectomistes (1904).

La thèse de Grimoud, de Toulouse (1904), apporte le témoignage que beaucoup de *chirurgiens américains*, tels que Burrage, de Boston; Byford, de Chicago; Polk, de New-York, sont des partisans de la voie vaginale.

Enfin, sans qu'on fasse grand bruit autour de la question, c'est peut-être *en Allemagne* que l'hystérectomie se trouve être le plus en faveur.

C'est Kronig, de Leipzig, qui communique, en 1902, le résultat de 32 hystérectomies dont 25 vaginales; c'est Dürhsen qui rend compte au Congrès de Berlin (1903), de 267 vaginales, sans un décès; ce sont enfin les auteurs de très nombreuses publications qui attestent quel mérite on accorde encore outre-Rhin à l'« opération française ».

En France, l'hystérectomie vaginale a perdu presque tout le terrain qu'elle avait su conquérir. Et, à comparer d'une part l'extrême faveur dont elle a joui pendant 15

ans, au dédain d'autre part dans lequel on la tient aujourd'hui, aux défections retentissantes qui se sont produites dans les rangs de ses plus enthousiastes partisans ; à lire aussi ces sortes « d'amendes honorables » où ceux-ci s'efforcent d'expliquer, d'excuser leur enthousiasme de naguère « comme s'ils ne pouvaient oublier leurs remords », il semble que l'hystérectomie vaginale ait eu la destinée de ces idées généreuses mais folles qui entraînent après elles, dès leur naissance, l'adhésion spontanée des foules et se trouvent bientôt délaissées par ces foules mêmes, revenues à la réflexion et la sagesse.

Faut-il chercher seulement là les causes qui ont déterminé les chirurgiens à rejeter systématiquement la voie vaginale ? Avec nos maîtres nous ne le pensons pas. Qu'il y ait eu un zèle excessif chez certains, une réaction trop exclusive et trop intransigeante chez d'autres, on ne peut le nier. Les chirurgiens sont des hommes et, dans l'application de leur art, ils ne sont pas toujours exempts des entraînements de la nature humaine.

Mais on se tromperait fort sur notre pensée vraie et nos intentions si on s'attendait à nous voir juger sévèrement les laparotomistes. Car ceux-ci, il faut l'avouer, ont présenté une série d'arguments des plus sérieux, à l'appui de leur thèse. Et avant de dire en quoi nous nous séparons d'eux, nous n'avons aucun embarras à leur accorder la victoire.

Notre intention, en effet, nous tenons à l'affirmer nettement, n'est pas de nous élever aveuglément contre la laparotomie, ni d'empiéter sur ses indications. Nous avons pour elle un respect et une admiration que nous avons appris à l'entendre louer et à la voir pratiquer journellement dans le service de notre maître. Nous comprenons même les tendresses qu'ont pour elle ses partisans les

plus exclusifs et, entendue comme elle l'est aujourd'hui, nous n'avons jamais songé à lui refuser sa lumière, sa simplicité et sa sécurité au point de vue des complications éventuelles et à celui du diagnostic exact.

Faisant ainsi la large part à la voie sus-pubienne, il est facile de deviner dans quelle mesure nous demeurons hystérectomistes vaginaux. Est-il besoin de dire que nous ne le sommes plus à la façon dont l'étaient encore il y a quinze ans nombre de chirurgiens? Aussi bien, ne reprendrons-nous pas le procès fait à cette époque aux deux méthodes adverses. Ce serait « faire là de l'histoire ancienne » — le mot est de Richelot.

Nous avons hâte d'exposer brièvement quels sont les cas où — selon notre maître — la voie vaginale garde encore actuellement droit de cité dans la gynécologie chirurgicale.

INDICATIONS ET CONDITIONS DE LA VOIE VAGINALE. — Quelle que soit la lésion dont il s'agisse, l'utéro-annexe pourra être abordé par la voie vaginale toutes les fois que l'intervention se présentera en réalisant les trois caractères d'une opération *facile, rapide, bénigne*.

Les conditions exigibles découlent de ces trois chefs d'indications :

Le *vagin* devra être suffisamment spacieux et la *vulve* suffisamment dilatable. Un vagin étroit, sclérosé, ne se laissant pas dilater par le tamponnement ou par tel autre procédé instrumental, détermine le chirurgien à préférer la voie sus-pubienne.

Le *volume de l'utérus* a son importance, qu'il ne faut cependant point exagérer, s'il est mobile et s'il s'abaisse. En l'absence donc de toute sérieuse adhérence utéro-annexielle ou de tumeur capable par son volume et par son

siège de créer un obstacle à son passage à travers la filière pelvienne, un utérus dépassant la symphyse de deux ou trois travers de doigt sera facilement extrait par le vagin. Nous avons vu maintes fois notre maître enlever par cette voie des utérus atteints d'inflammation parenchymateuse ou de sclérose hypertrophique d'un volume égal au poing d'un adulte.

C'est en effet la mobilité et l'abaissement facile de l'organe qui importent avant tout, puisque ces deux conditions assurent la facilité, la rapidité et partant la bénignité de l'intervention et font de l'hystérectomie vaginale l'opération « heureuse sans suite pénible et sans mortalité » *qu'elle doit être à l'heure actuelle si elle veut vivre.*

Toutes les fois que le cas s'est présenté de choisir entre les deux voies, nous avons vu notre maître rechercher si ces conditions essentielles se trouvaient réunies.

L'examen est facile, pour une main exercée, et bien supporté d'ordinaire par la femme ; il est rare qu'on soit obligé de recourir à l'anesthésie pour le pratiquer.

La malade est mise dans la position dorso-sacrée, le siège légèrement relevé, les cuisses mi-fléchies. Après s'être renseigné d'une façon relative sur la forme et le volume de l'utérus par le palper et l'exploration bi-manuelle, le chirurgien, ayant saisi le col avec une pince de Museux, introduit dans le vagin l'index et le médius droit et applique ces doigts alternativement dans les culs-de-sac latéraux et postérieur, tandis que de la main gauche il exerce, par l'intermédiaire de la pince, des tractions sur l'utérus. Il vérifie ainsi facilement le degré de tension des ligaments et le degré de mobilité et d'abaissement dont est susceptible l'utérus.

Telles sont les conditions que doit réaliser la malade pour que l'hystérectomie vaginale soit permise. Ces con-

ditions ne sont, il est vrai, réunies qu'exceptionnellement et les indications de la vaginale s'en trouvent singulièrement limitées. Mais cette limitation même nous met très à l'aise pour répondre aux critiques formulées par les laparotomistes.

RÉPONSE AUX LAPAROTOMISTES. — L'hystérectomie vaginale, a-t-on dit, est plus difficile que l'abdominale, parce qu'*aveugle*. Oui, l'opération était difficile et obscure quand on la tentait sur un utérus gros, haut fixé et donc immobile. Et nous sommes ici de l'avis des laparotomistes; même si elle était praticable, elle présenterait dans ces cas de grosses difficultés et de sérieux dangers. Mais le reproche ne nous émeut pas, puisqu'il ne s'applique pas aux conditions posées de ligaments modérément tendus et d'utérus abaissable. Exécutée dans ces conditions avec des valves qui donnent du jour et des pinces efficaces, la vaginale nous a toujours paru simple, facile, élégante même, et nous avons vu maintes fois notre maître l'exécuter en quelques minutes. Il est entendu que, même facile, elle exige du chirurgien une habileté manuelle que seule l'habitude peut donner; mais ceux qui la prétendent obscure et la proscrivent sont en général « ceux qui ne savent pas la faire, soit qu'ils n'aient jamais pu l'apprendre, soit qu'ils n'aient jamais voulu s'en donner la peine. »

L'hystérectomie serait une *opération mutilatrice*: Il est évident que le diagnostic exact doit être fait avant de l'entreprendre. Mais nous verrons dans le chapitre des annexites quelles réserves le chirurgien est autorisé à faire à propos de ces prétendues mutilations. Sous prétexte de faire de la chirurgie conservatrice, on a peut-être trop souvent oublié le but poursuivi qui est de guérir. Nous verrons que plusieurs fois M. le professeur de

Rouville, qui avait pratiqué cette méthode conservatrice, fut obligé, à quelques mois de distance, de faire une seconde laparotomie pour extirper une annexe *intentionnellement* épargnée à la première opération.

Un des gros griefs faits à l'hystérectomie vaginale est relatif aux *pincés*. Elles *assureraient imparfaitement l'hémostase*, elles *détermineraient de grandes douleurs* et *exposeraient à l'hémorragie lors de leur enlèvement*.

C'est là en effet un gros argument, et bien qu'on se serve aujourd'hui des pincés qui ne dérapent pas et qui ne cassent pas, le danger subsiste du côté de l'hémorragie, quand on est obligé de se servir des pincés. Et M. le professeur de Rouville nous disait qu'il n'était jamais sans inquiétude dans ces cas. Mais dans les vaginales faites dans les conditions voulues, on peut remplacer les pincés par des ligatures pendant l'opération même.

Quant à la « torture des pincés », dont Pierre Delbet a parlé avec beaucoup de détails, on ne peut guère la nier ; les pincés sont douloureux. Il faut dire pourtant que cette douleur dépend souvent beaucoup du nervosisme de certaines opérées. Il faut tenir compte également de l'affection contre laquelle l'hystérectomie a été dirigée. Le pincement des tissus sains, non enflammés, n'est pas douloureux. Il est vrai que par contre il est très pénible s'il s'exerce sur des tissus enflammés. Mais il ne faut pas oublier qu'alors il l'est presque autant, qu'il vienne du pincement du catgut, de la laparotomie ou des pincés de la vaginale. Enfin, quand la douleur est tout à fait mal supportée, rien n'empêche de recourir — pour le temps où les pincés doivent demeurer en place — à l'usage de la morphine.

Nous ne nous élèverons pas non plus contre ce reproche fait à l'hystérectomie vaginale de provoquer chez les opérées la production d'escarres sacrées. Sans qu'on

sache rien de la pathogénie de cet accident, le reproche est justifié et nous en avons vu deux cas, vite guéris du reste, dans le service de notre maître (Obs. XV et XVI).

Quant aux autres griefs invoqués : *blessure possible des organes pelviens* (vessie, uretère, intestin), eux aussi étaient pleinement justifiés au temps où les chirurgiens s'engageaient dans des hystérectomies vaginales difficiles, « s'acharnaient sur des adhérences intestinales inextricables » et « cherchaient à l'aveugle avec des pinces à cadre des débris d'annexes au fond du vagin ». Nous le répétons, toutes les fois que la voie vaginale présente ces difficultés et ces dangers, nous la considérons comme nettement contre-indiquée.

En somme, de tous les griefs accumulés contre la vaginale et *pouvant s'appliquer à l'opération faite comme nous l'entendons*, nous n'en retenons que deux, assez sérieux il est vrai : celui relatif à la douleur des pinces et celui relatif aux escarres.

Mais quand une malade réalise les indications de l'hystérectomie vaginale, l'intervention se présente dans des conditions si favorables que les avantages obtenus sont bien de nature à faire passer sous silence ces deux inconvénients.

AVANTAGES DE LA VAGINALE. — L'opération qu'on nous disait troublante par son obscurité est simple, lumineuse, et surtout rapide. Nous le répétons, nous avons vu notre maître l'exécuter en quelques minutes. Dans les limites où d'après nous elle peut être faite, l'hystérectomie vaginale est une intervention essentiellement bénigne, nullement choquante et remarquablement efficace.

De la rapidité d'exécution se tire un autre avantage qui a son importance. Nous voulons parler de la possibilité

de remplacer l'anesthésie si déprimante au chloroforme ou à l'éther par l'anesthésie rachidienne à la stovaïne.

Nous avons vu notre maître user de ce procédé pour des opérations de courte durée, toujours avec grand profit et sans jamais avoir à enregistrer des accidents d'aucune sorte. Et d'ailleurs est-il besoin de dire que si on la fait au chloroforme on en donne beaucoup moins.

Un argument de plus, un avantage de plus, en faveur de la vaginale nous est fourni indirectement par une communication faite au dernier Congrès de chirurgie de Paris par le docteur Jayle.

Ce chirurgien signale le danger que peut présenter la position de Trendelenburg chez les opérées obèses, athéromateuses ou atteintes de lésions valvulaires. D'après lui, l'afflux sanguin vers la partie supérieure du corps et due à la position déclive, oblige le cœur à un surcroît d'activité.

Sans entrer dans le détail de cette intéressante communication, voici quelles sont les conclusions de Jayle : S'il existe une lésion valvulaire ou athéromateuse, le cœur droit, particulièrement surmené pendant la position déclive, restera affaibli après l'intervention ; il fournira mal à sa tâche et il en résultera des troubles profonds dans la circulation pulmonaire. Quelquefois même le maintien de la position déclive est impossible : Jayle cite le cas personnel d'une femme ayant de la myocardite et un rétrécissement mitral où la simple mise en position de Trendelenburg détermina immédiatement une syncope grave.

Loin de nous l'idée de vouloir faire le procès de la position déclive si avantageuse et qui facilite dans une si large mesure les interventions portant sur l'appareil génital de la femme. Pourtant il nous est difficile de ne

pas signaler que, dans les conditions où elle est indiquée, la voie vaginale permet au chirurgien de ne pas se soucier des accidents dont parle Jayle.

Nous ne dirons qu'un mot de la cicatrice, au sujet de laquelle tout a été dit. Les laparotomistes ont beau nous objecter que la sûreté de l'asepsie répond pour plus tard de la solidité de la cicatrice et élimine les dangers de l'éventration, ils ne feront pas qu'à ce point de vue on ne soit à la merci d'une infection toujours possible dans des tissus de plus ou moins bonne qualité et où un drainage prolongé est souvent nécessaire.

Ils ne feront pas non plus qu'il n'y ait des malades qui ont peur qu'on « leur ouvre le ventre » ; que l'intégrité de la paroi est formellement désirée par certaines ; qu'on a le devoir de tenir compte de leur volonté et qu'enfin cette raison d'esthétique constitue parfois un argument professionnel très important. Nous avons vu dans le service de notre maître deux malades refuser absolument la laparotomie, ne voulant sous aucun prétexte « avoir à montrer un ventre couturé ». Ce sont là autant de raisons qui doivent faire pencher la balance en faveur de la voie vaginale, puisque, dans certaines conditions, on peut faire aussi bien, quelquefois mieux, avec des dégâts moindres et des risques moindres.

Quant à la technique même de l'hystérectomie vaginale, nous n'avons pas à la décrire ici. Les différents procédés sont aujourd'hui bien réglés et ce sera à l'opérateur de choisir celui qui lui paraîtra le meilleur pour son cas particulier.

Nous nous résumerons donc en disant que lorsque les indications de la voie basse seront réalisées et qu'on fait précéder l'opération des soins ordinaires : repos au lit de plusieurs jours, bains généraux et locaux, asepsie locale,

purgatifs répétés, l'hystérectomie vaginale sera une intervention bénigne, plus rapide que la laparotomie, curative au même titre et au moins égale à celle-ci au point de vue des suites opératoires.

Il nous reste à étudier quelles sont les indications particulières de la vaginale dans les cancers, fibromes, salpingo-ovarites, etc.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Hystérectomie vaginale et salpingo-ovarites (aiguës et chroniques)

L'hystérectomie vaginale fut pendant longtemps l'opération de choix dans le traitement des suppurations annexielles. Pratiquée magistralement et perfectionnée dans sa technique par des hommes comme Richelot, Segond, Quénu, Doyen, il semblait, jusqu'en 1892, qu'elle ne dût jamais perdre la confiance dont elle jouissait.

Au Congrès de Bruxelles (1892) elle était admise par la presque unanimité des chirurgiens, et nombreux sont les travaux de cette époque, précisant ses indications et consacrant son triomphe : Rapport de Segond au Congrès de Bruxelles ; thèse de Lafourcade (1893) ; thèse de Baudron (1894).

Pourtant cette faveur ne dura pas et, dès 1893, on cherche à lui substituer l'abdominale en faisant précéder

celle-ci d'une colpotomie destinée à évacuer provisoirement les poches purulentes. Cette manière de faire semble avoir prévalu.

Quant aux annexites chroniques refroidies, il paraît bien aussi qu'on les considère toutes comme justiciables de l'hystérectomie abdominale.

Nous nous proposons de rechercher successivement quels résultats peut donner la voie basse dans les *suppurations aiguës* du petit bassin, puis dans les *suppurations froides*.

A) ANNEXITES AIGUES (Observations de III à XV)

La laparotomie est le traitement de choix de la plus grande partie des *lésions aiguës suppurées annexielles ou péri-annexielles*. Voilà l'opinion de la majorité des chirurgiens à la tête desquels se place le professeur Terrier. Un de ses élèves, Delage, dans une thèse de 1901, arrivait même à cette conclusion que toute salpingo-ovarite est justiciable de la seule voie abdominale. En 1899, Hartmann, au Congrès d'Amsterdam, rejetait d'une façon absolue la voie vaginale. Au même Congrès, Jonnesco exprimait le même avis. Aujourd'hui cette opinion est partagée par les chirurgiens les plus convaincus de l'hystérectomie vaginale. Richelot (1) dit au sujet de l'abdominale : « Pour combattre l'infection pelvienne, sa place au premier rang n'est pas discutable... si bien qu'après avoir fait, pendant quelques années, plus souvent l'hystérectomie vaginale, dans les salpingites graves, aujourd'hui la proportion est renversée et plus souvent j'adopte la voie

(1) Soc. d'Obst., Gynéc. et Pédiatr. (octobre 1904).

haute». Segond (1), qui est celui qui trouve encore le plus d'indications à la voie basse, emploie lui-même fréquemment la voie abdominale.

Nous n'avons pas l'intention de nous élever contre cette préférence accordée à la voie sus-pubienne, préférence justifiée, selon notre maître, par les perfectionnements apportés chaque jour à la technique opératoire de la laparotomie.

Sans vouloir passer en revue tous ces perfectionnements, nous signalerons simplement l'usage du plan incliné de Trendelenburg ; l'éclairage donné par le dispositif au champ opératoire ; la protection soigneuse faite à l'aide de compresses, et reculant les chances d'infection par les liquides septiques ; les modèles nouveaux et parfaits des valves sus-pubiennes ; la possibilité d'un drainage abdominal ou abdomino-vaginal, et de la péritonisation ; enfin les nombreux et excellents procédés sont autant d'avantages qui recommandent la voie abdominale aux gynécologistes et en ont fait une opération méthodiquement réglée et au cours de laquelle le nombre des surprises est réduit au minimum.

Est-ce à dire cependant qu'à l'heure actuelle toute salpingo-ovarite soit justiciable de la seule voie abdominale ?

Dans les suppurations annexielles vraiment aiguës, il semble bien que la voie abdominale doive être abandonnée. Les deux indications majeures du traitement par le vagin se tirent de l'état général et de la virulence des lésions (Correspondance du professeur Goubareff, de Moscou).

D'après J.-L. Faure, c'est chez les malades épuisées

(1) Soc. d'Obst., Gynéc. et Pédiatr. (décembre 1904).

par les douleurs et par une longue suppuration que l'hystérectomie vaginale opère « les guérisons miraculeuses », qu'elle détermine de véritables « résurrections » et qu'elle est seule à pouvoir enregistrer de tels triomphes !

Mais plus déterminante encore est l'indication tirée de la virulence des lésions.

Legueu, qui n'est pas suspect de tendresse exagérée pour la voie basse, écrivait en 1904 « que la virulence du pus imprimait une gravité exceptionnelle à la laparotomie ». Dans ces cas très aigus, l'hystérectomie vaginale, « en supprimant la bonde », est une excellente opération de drainage permettant au pus de suivre les lois naturelles de la déclivité.

Cette opinion est partagée par un certain nombre de chirurgiens qui par prudence préfèrent la voie vaginale.

Mais, ici même, l'accord n'est pas parfait : les uns pratiquent d'emblée l'hystérectomie vaginale, les autres pensent qu'une simple incision du cul-de-sac postérieur suffit à parer au plus pressé, à apaiser les accidents, et réservent les droits de l'hystérectomie abdominale, une fois l'orage passé et la lésion refroidie (Correspondance du professeur Pestalozza, de Rome).

Ce fut Laroyenne, de Lyon, qui exposa cette méthode et en fixa la technique au Congrès de Rome de 1894. Au Congrès de Moscou, 1897, Doyen la proclamait supérieure à l'hystérectomie d'emblée. L'année suivante, Monod soulevait à la Société de chirurgie une assez vive discussion, en présentant une assez copieuse statistique en faveur de l'incision du cul-de-sac postérieur. Routier, Le Dentu, Chaput, Tuffier approuvèrent les conclusions de Monod, alors que Richelot et Ricard étaient plutôt opposés à cette méthode, lui reprochant de faire courir aux malades les risques d'une infection par pénétration,

toujours possible, dans la cavité péritonéale ; lui reprochant surtout d'être souvent insuffisante pour apaiser les symptômes.

Les documents apportés dans la discussion par les adversaires de l'opération de Laroyenne montrent bien que celle-ci n'est pas toujours suffisante. Il ne paraît pas néanmoins qu'on doive rejeter de parti pris la colpotomie. Le chirurgien pourra toujours commencer par pratiquer l'incision du cul-de-sac postérieur, sauf à compléter ensuite par une intervention plus radicale s'il le juge nécessaire.

C'est l'avis que J.-L. Faure exprimait dans son *Traité de la chirurgie des annexes de l'utérus* : « L'hystérectomie vaginale sera réservée aux suppurations virulentes aiguës, menaçantes, à foyers multiples, et qu'une simple colpotomie paraît devoir être impuissante à guérir. »

L'hystérectomie demeure donc une opération excellente dans les suppurations pelviennes particulièrement aiguës. Ses avantages dans ces cas sont bien exposés dans la thèse de Ricou (Paris 1905) : « Seule l'hystérectomie vaginale est indiquée dans les collections purulentes multiples, incluses à la fois dans les annexes et dans les adhérences péritonéales. Dans ces cas, par la laparotomie la vue est impuissante et toute tentative d'énucléation dangereuse. En vain reproche-t-on à l'hystérectomie vaginale d'être une opération incomplète, parce que l'ablation des annexes malades est souvent impossible. C'est ce caractère incomplet même qui fait la sécurité de l'opération. Lui faire ce reproche, dit Bouilly, c'est en méconnaître l'esprit et les avantages. L'ouverture large des poches purulentes et le drainage ainsi effectué répond à toutes les indications. Notre maître Richelot insiste beaucoup, non seulement sur l'inutilité, mais encore sur le

danger qu'il y aurait à vouloir cette extirpation complète. Il n'en est plus à compter les observations où les annexes ainsi abandonnées se sont volatilisées au bout de quelque temps, sans que la guérison en ait été retardée d'une minute.»

Les suites opératoires de l'hystérectomie vaginale pratiquée dans ces conditions sont donc le plus souvent excellentes. Les observations ne manquent pas pour en rendre témoignage. Et, sans parler des cas nombreux cités par Richelot où des malades atteintes de suppuration pelvienne, avec poussées fébriles, ayant résisté à toute thérapeutique de refroidissement, ont été trouvées apyrétiques dès la lendemain de l'intervention, nous avons observé dans le service de notre maître, M. de Rouville, un certain nombre de cas semblables dont nous publions un exemple pouvant servir de type (Obs. XIII).

B) ANNEXITES CHRONIQUES FROIDES

La majorité des chirurgiens rejette aujourd'hui l'hystérectomie vaginale dans les lésions bien refroidies.

Cette méthode acceptée jusque-là commence à être battue en brèche au Congrès international de gynécologie de Genève de 1896. Aux Congrès suivants de Moscou (1897), de Marseille (1898), d'Amsterdam (1899), les chirurgiens comme Jonnesco, Hartmann, conclurent au rejet absolu de la voie vaginale « qui a marqué une étape dans la marche de la gynécologie ».

Peu à peu les plus chauds défenseurs en viennent eux aussi à limiter ses indications (Richelot, Soc. obstétrique, 1504).

On reproche à l'hystérectomie vaginale d'être une opé-

ration *incomplète* où on laisse en place une partie ou la totalité des organes malades : les annexes ; et où l'on enlève l'organe le moins atteint : l'utérus.

On l'oppose à l'abdominale, qui permet non seulement de conserver les fonctions génitales de la femme lorsqu'un côté est sain, mais encore, en cas de bilatéralité des lésions, d'enlever la totalité des tissus infectés, tout en conservant les ovaires sains. On évite ainsi à la femme les troubles souvent graves dus à la ménopause chirurgicale.

Cependant, bien que notre maître soit dans ces cas laparotomiste convaincu, nous l'avons vu, en quelques circonstances bien déterminées, conserver une place à la vaginale. Il s'agit à la vérité de cas rares où l'appareil utéro-annexiel, *libre de toutes adhérences sérieuses*, est *facilement abaissable* et où les annexes peuvent être saisies sans difficultés par les pinces à plateaux.

Quand sont réunies les indications d'ordre général dont nous avons parlé maintes fois au cours de ce travail, l'hystérectomie vaginale donne alors des résultats très satisfaisants. Mais d'après notre maître un gros danger demeure : la possibilité de la blessure de l'intestin.

En France, Segond est peut-être le seul chirurgien qui ait maintenu quelques indications de la vaginale dans le traitement des annexites froides. Il nous a paru intéressant de demander à ce sujet l'avis des gynécologues étrangers les plus réputés. Nous avons reçu un certain nombre de réponses, nous en publions quelques-unes. Tous d'ailleurs se déclarent laparotomistes.

Et il semble bien en effet que la vaginale doive ici céder le pas à la voie haute également bénigne et plus efficace.

En résumé, il faut intervenir dans une suppuration annexielle aiguë ; ce seront l'état général et la virulence des

lésions qui détermineront le chirurgien. Dans les cas d'abcès du petit bassin bombant dans le vagin, l'opération de Laroyenne apaisera l'orage et permettra d'attendre une intervention plus radicale par l'abdomen.

Quand on sera en présence de lésions très virulentes chez une femme épuisée par les phénomènes infectieux, on pourra recourir à l'hystérectomie vaginale, après échec de la colpotomie.

S'il s'agit de lésions froides, la voie haute s'imposera sauf quelques cas très rares.

CHAPITRE II

Hystérectomie vaginale et fibromes

ÉTAT DE LA QUESTION DANS LES DERNIÈRES ANNÉES. — Ce fut en 1881 que Kattemann, puis Péan, publièrent leurs premières hystérectomies vaginales pour fibromes utérins. On sait la brillante carrière, si l'on peut s'exprimer ainsi, que fournit cette opération. Pendant dix ans, elle réunit tous les suffrages en raison de sa bénignité qu'on opposait alors au pourcentage très élevé de mortalité de l'opération abdominale.

Il serait superflu de faire un historique détaillé de la question qui se trouve dans tous les traités. Qu'il nous suffise de dire que cette faveur ne dura pas au delà de 1895. Dès cette date, en effet, les conditions opératoires ayant changé, l'hystérectomie vaginale vit se restreindre peu à peu ses indications au profit de l'abdominale, sa rivale justement triomphante.

Aujourd'hui elle est presque complètement bannie de

la thérapeutique chirurgicale des fibromes. Elle a pourtant encore quelques adeptes lui accordant la préférence dans quelques cas bien déterminés, et elle a fait encore l'objet de bien des discussions dans les derniers Congrès et les séances des Sociétés de chirurgie.

M. Roussel (de Reims) (Congrès français de chirurgie, 1905), estime que l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix dans le traitement des fibromes utérins. Il excepte cependant les cas de gros fibromes atteignant l'ombilic, ou se compliquant de salpingite adhérente.

La voie vaginale a été également défendue par Segond (Société d'obstétrique, décembre 1904) qui l'admet pour les fibromes ne dépassant pas l'ombilic et ne s'étalant pas en largeur.

Faure au Congrès de chirurgie, 22 octobre 1904, tout en donnant la préférence à la voie sus-pubienne, accepte la voie basse pour les petits fibromes quand l'utérus est petit, mobile et le diagnostic certain.

Richelot, à la Société d'obstétrique 1904, émet la même opinion et pense qu'une paroi abdominale adipeuse, épaisse, exigeant une manœuvre difficile au fond de la cavité pelvienne, justifie amplement l'hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie vaginale est également conseillée par Schwartz et Ilepp (Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet): « Dans les cas de fibromes sous-muqueux, interstitiels, multiples, de myomatose généralisée, d'utérus géant, quand l'utérus ne présente pas de dimensions excessives et se laisse facilement aborder par le vagin. » Elle est recommandée aussi dans le traité médico-chirurgical de gynécologie, comme « un véritable escamotage », lorsqu'il s'agit d'un fibrome petit chez une femme à filière vulvo-vaginale large.

Par contre, Pozzi, qui en 1897 recommandait la voie vaginale pour toute masse fibromateuse utérine ou péri-utérine ne dépassant pas le niveau de l'ombilic, modifiait en 1904 son ancienne opinion. En raison de la possibilité d'opérations conservatrices, les petits fibromes eux-mêmes sont justiciables de la voie haute.

Avec Pozzi, Routier qui fut aussi autrefois partisan presque exclusif de « l'opération française » ne s'y engage plus maintenant « qu'en tremblant, dans la crainte des hémorragies secondaires. »

D'autres chirurgiens, dont M. Delbet est le plus illustre représentant, la repoussent complètement ou même n'en parlent pas dans leurs publications.

La question de la vaginale dans le traitement des fibromes a été enfin mise au point, plus récemment encore, par MM. Tuffier et de Rouville dans le rapport sur les fibro-myomes de l'utérus et que ces auteurs ont présenté au XV^e Congrès international de Lisbonne (avril 1906). Nous aurons à revenir sur leurs conclusions.

Tel paraît être l'état de la question en France.

Nous avons eu déjà l'occasion de dire qu'à l'étranger l'hystérectomie vaginale n'a jamais trouvé d'adversaires aussi ardents que chez nous. Et c'est peut-être en raison du calme avec lequel les chirurgiens étrangers l'ont toujours envisagée, que l'opération a conservé chez eux de plus nombreux partisans.

En Allemagne : A la Société de gynécologie de Berlin (Séance de mai 1903), Mackenrodt présente un rapport étendant les indications de la voie vaginale.

Dans la séance de juin 1903, Gottschalk ne voit de contre-indications que dans le fait de ne pouvoir abaisser la tumeur dans le bassin et le cas où celle-ci dépasse l'ombilic. « S'il n'opère pas « per vaginam » de tumeurs

plus grosses, c'est que l'opération dure trop longtemps. »

Bröse conseille également cette voie quand le pôle inférieur de la tumeur est sphacélé. Freund, Fritsch sont du même avis que leurs compatriotes.

Nous avons déjà dit au début de ce travail, que la voie vaginale est loin d'être délaissée en Angleterre, nous n'y revenons pas.

D'une manière générale, tout en convenant qu'il vaut mieux intervenir par la laparotomie quand on redoute des adhérences ou des complications quelconques, les chirurgiens étrangers ne repoussent pas la voie basse d'une façon absolue et pensent que si les indications sont tirées du volume, du siège, de la forme de la tumeur, de l'état de la paroi et du vagin « le choix entre la vaginale et l'abdominale dépend beaucoup aussi de l'expérience qu'a l'opérateur de la voie vaginale. »

Hésiterons-nous à nous prononcer entre ces deux tendances contraires ? Assurément non. Nous reconnaissons que la voie sus-pubienne est devenue l'opération de choix contre les fibromes. C'est à juste titre qu'on a reproché à l'hystérectomie vaginale d'être aveugle, de ne pas permettre de contrôler de visu le diagnostic clinique, d'être difficile s'il y a des adhérences avec les parois ou les organes voisins, et longue dans les cas d'utérus étalé en largeur et d'étroitesse ou sclérose du vagin. C'est justement enfin qu'on lui a reproché d'être mutilatrice.

Aujourd'hui, en raison de la pratique de l'asepsie et des perfectionnements apportés à la technique opératoire, la laparotomie a perdu le caractère de gravité qui l'avait fait abandonner autrefois. Et ce ne serait pas être de son temps que de lui refuser une supériorité que personne ne cherche à lui contester. « Nous sommes loin aujourd'hui

du principe formulé à bon droit par Segond il y a quelques années, lit-on dans le Rapport de MM. Tuffier et de Rouville, alors que l'hystérectomie abdominale restait encore une opération grave, aujourd'hui fortement amendé : Toute tumeur fibreuse ne dépassant pas le niveau de l'ombilic doit être, sans exception, enlevée par la voie vaginale. ... Nous formulerions volontiers à notre tour le principe suivant : Tout fibrome utérin qui ne peut être extirpé par des manœuvres simples et rapides d'énucléation vaginale relève de la voie haute ; en dehors des indications, du reste fort étendues, de l'énucléation intrapéritonéale, c'est à l'hystérectomie abdominale qu'il faut avoir recours. »

On se tromperait pourtant sur notre pensée vraie si on croyait que l'opération abdominale est pour nous une sorte de dogme hors duquel il n'y aurait point de salut. Notre maître ne va pas, à l'exemple de certains étrangers, jusqu'à étendre les indications de la voie vaginale. Mais il reconnaît qu'elle comporte encore quelques indications dans le traitement des fibromes pour un chirurgien qui *en connaît bien la tactique* et qui ne *veut pas trop lui demander*.

Ces indications sont tirées spécialement de *l'état de la paroi abdominale* (épaisse) ainsi que de *la largeur, de la dilatabilité* de la vulve et du vagin.

Elles sont tirées aussi *du volume* de la tumeur et de son degré de *mobilité* ; du *siège* : fibrome à évolution vaginale, sous-muqueux ou interstitiel et enfin de la *forme* : Un fibrome développé dans le sens vertical pourra être extrait sans grande peine par le vagin. Le professeur Barsony (de Budapest) concluait dans ce sens dans la lettre qu'il nous adressait en octobre dernier (Voir aux Pièces justificatives).

C'est à cet ensemble d'indications que peuvent s'appliquer les conclusions formulées sur la question dans le rapport, déjà cité, de MM. Tuffier et de Rouville. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ces lignes :

..... « Il est pour nous des cas, rares en vérité, où l'ablation vaginale de l'utérus fibromateux peut être opposée avec avantage à l'ablation abdominale ; il en est d'autres où elle doit être préférée à cette dernière.

On pourra hésiter entre les deux voies et opter sans arrière-pensée pour la voie vaginale quand, en dehors de toute complication annexielle, l'utérus fibromateux est *petit* ou moyen, mobile, facilement abaissable, le vagin large, la vulve aisément dilatable ; ces mêmes conditions étant réalisées, *on devra*, selon nous, enlever l'utérus par le vagin, s'il existe une adiposité notable des parois, constituant un élément défavorable à la facile exécution de l'hystérectomie abdominale. Ainsi limitée dans ses indications, l'hystérectomie vaginale est une opération facile, rapide, bénigne, qui doit être conservée (1). » (Observations n^{os} XVIII, XIX et XX.)

(1) Tuffier et De Rouville (Congrès de Lisbonne, 1906).

CHAPITRE III

Hystérectomie vaginale et prolapsus utérin

L'histoire du traitement par le vagin des prolapsus utérins ne date pas d'hier et le principe de la voie vaginale semble avoir été admis très tôt par la presque unanimité des chirurgiens. On trouve, en effet, dans la première moitié du XIX^e siècle, un certain nombre d'observations d'hystérectomies vaginales appliquées aux prolapsus compliqués de cancers : Langenbeck, 1813 ; Hælscher, 1824 ; Siebold, 1825 ; Gebhard, 1836 ; Jurgenser, 1836 et d'autres œuvres.

Il est vrai que ce ne fut qu'en 1867, qu'un chirurgien américain, Choppin, l'appliqua au traitement d'un prolapsus non compliqué de cancer ou de gangrène.

Depuis cette date — mais à l'étranger seulement — beaucoup de chirurgiens imitèrent son exemple, et nous trouvons de nombreuses observations de Palisson, Corradi, Kehrér von Teufel, Martin, Kaltenbach.

Ce n'est qu'en 1886 que Richelot publie les premiers

cas opérés en France. Et, jusqu'en 1893, les observations se comptent : deux de Lejars et cinq de Quénu, en 1893 ; quelques autres de Terrillon, en 1888, et de Routier, en 1889.

Seul peut-être Pozzi, « influencé par les beaux résultats de R. Aoh », avait mis assez tôt en pratique ce mode de traitement, mais sans en publier les observations avant l'année 1893. C'est cette année-là d'ailleurs qu'eut lieu une longue et importante discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie, à la suite du rapport très documenté de Quénu.

Nous serions incomplet si nous ne signalions la discussion qui s'ouvrit au Congrès français de chirurgie 1896, à l'occasion d'un rapport de Bouilly, sur le traitement des prolapsus génitaux ; la revue de Longuet, parue en 1898, sur les indications de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin ; et enfin la dernière discussion de 1904 où Faure, Routier et Richelot confirmèrent, devant la Société d'obstétrique, les avantages de la voie basse dans certains cas de prolapsus.

L'intérêt de la question réside dans les indications de l'hystérectomie vaginale appliquée aux cas où le prolapsus ne présente aucune complication. L'opération basse sera indiquée chez la femme ayant atteint la ménopause quand l'examen montrera un utérus allongé ou hypertrophié compromettant le succès d'une restauration périnéale. L'extirpation de l'utérus et du vagin a en effet spécialement pour but de rendre possible et d'un effet durable la colpo-périnéorrhaphie.

Est-ce à dire que l'hystérectomie vaginale ne devra jamais être pratiquée sur des femmes jeunes ? Il est certain que le jeune âge commandera des moyens moins

radicaux. Elle sera pourtant indiquée :

1° Quand les opérations plastiques sur le périnée tentées antérieurement auront échoué.

2° Dans les cas d'ancienneté et de volume excessif du prolapsus ne laissant pas d'espoir de réduction.

3° Quand le prolapsus étranglé ne saurait être réduit.

Les seules contre-indications sont fournies par l'âge de la maladie et la débilité sénile. Le chirurgien devra, dans la mesure du possible, être conservateur chez les femmes jeunes ; ces interventions étant toujours longues, il devra s'abstenir en présence d'une lésion organique du cœur, des poumons ou des reins.

Le principe de l'hystérectomie vaginale comprise dans ces conditions et complétée par le renforcement périnéal fut admis à peu près universellement, même par M. Delbet, partisan pourtant bien net de la voie haute en toute autre circonstance.

Pourtant, dans ces derniers temps, un certain discrédit est venu la frapper au profit de l'hystérectomie abdominale.

Lejars, Bouilly et Schwartz ont tendu en effet à restreindre ses indications, le premier ne l'admettant que chez les femmes ayant passé la ménopause, les deux derniers ne la pratiquant que dans les cas de prolapsus complets, incoercibles et douloureux.

Enfin et surtout Legueu et son élève d'Ardilouze reprochaient à la vaginale, dans une discussion à la Société d'obstétrique (1901), d'être une opération très saignante et de rendre presque impossible la fixation haute du dôme vaginal et lui préféraient l'abdominale.

Il est certain que l'hémorragie possible peut être un danger.

Mais on a répondu avec justesse à Legueu que tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que l'extirpation de l'utérus ne suffit pas à elle seule pour guérir le prolapsus ; il faut de toute nécessité la compléter par une opération plastique sur le périnée. Or il serait peut-être dangereux d'imposer à une malade, en une seule séance, une hystérectomie abdominale et une colpo-périnéorrhaphie. La méthode de Legueu nécessitera donc deux opérations, deux anesthésies, un double séjour au lit. La supériorité de l'hystérectomie abdominale justifie-t-elle ces graves inconvénients ?

L'hystérectomie vaginale complétée par la restauration périnéale réalise bien le but poursuivi ; à ce caractère d'efficacité elle joint celui d'être, de l'avis de la majorité des chirurgiens, une opération rapide et facile. Enfin les résultats opératoires et fonctionnels sont très satisfaisants, puisque, d'après les statistiques de Van Herf (de Halle) et de Brun (de Bâle), les $\frac{3}{4}$ des opérées ont eu une guérison complète et recouvré une capacité de travail entière (1902). Une des dernières statistiques, celle de Arch (1903), estime qu'avec les procédés actuels associant l'hystérectomie vaginale aux opérations plastiques, on obtient 94 % de guérison et de capacité de travail (Obs. XV, XVI, XVII).

CHAPITRE IV

Hystérectomie vaginale et inversion utérine

C'est dans le traitement de l'inversion utérine que l'hystérectomie vaginale trouve des indications les plus universellement reconnues. Les chirurgiens, en effet, admettent qu'on ne peut guère songer à faire autrement l'extirpation de l'utérus.

L'inversion utérine est d'ailleurs une affection très rare et nous n'avons pour notre part jamais assisté qu'à une intervention de ce genre. Notre travail, dans ce chapitre, se bornera donc à résumer les documents puisés dans les thèses de Brasseur, Taste, Galland et Fresson.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question s'accordent à ne poser les indications de l'hystérectomie qu'après échec de toutes les tentatives consciencieuses en vue de la conservation de l'organe et de sa fonction.

Il va sans dire que toutes les méthodes de réduction brutale par la force doivent être rejetées. Les procédés de douceur ou de débridements sont assez nombreux.

Le chirurgien devra d'abord tenter la réduction bimanuelle. On pourra faire également usage de la pression lente et continue, durant parfois des semaines, à l'aide de pessaires. Pinard a publié un cas de guérison dû à l'emploi du ballon de Champetier de Ribes. Le tamponnement vaginal à la gaze a été préconisé par Pozzi dans son traité : « Son emploi est simple, facile, ne demande aucune instrumentation spéciale. On le renouvellera tous les deux ou trois jours et on le refera chaque fois avec grand soin en employant de longues bandes de gaze, larges de deux travers de doigt, qu'on tassera peu à peu autour et au-dessus de la tumeur. Il faut pour cela employer une certaine force. La malade sera maintenue au repos horizontal durant toute la durée du traitement, on assurera la liberté du ventre par des lavements et on pratiquera régulièrement le cathétérisme si la miction est difficile. »

La thèse de Fresson (Paris 1902) relate un certain nombre de cas de guérisons obtenues par ce procédé. Observations de Polosson 1897, de Grassi, de Baldy et de Ried 1891. Mais ces procédés à pression lente ne donnent pas des résultats bien encourageants. Ils peuvent même présenter des inconvénients assez graves tels que le sphacèle.

La méthode de réduction par débridements et incisions utérines est plus active. Et c'est ici que prennent place les interventions par la voie abdominale préconisée par Gaillard Thomas. Mais les résultats ne furent guère plus heureux. Au Congrès d'obstétrique et de gynécologie de Nantes 1901, Ovi présenta 13 cas traités par la voie haute où seulement deux fois l'utérus inversé put être réduit.

Dans deux autres cas de Mac-Intosh et de Morriz où la réduction s'effectua par cette voie, « le succès ne fut

obtenu que grâce au débridement de l'anneau cervical. » (Fresson).

Une des causes de l'irréductibilité est la présence d'un anneau constricteur siégeant au niveau du col utérin. La voie vaginale est donc plus sûre et plus efficace pour triompher de cette difficulté en pratiquant des incisions latérales remontant jusqu'à la région de l'isthme.

Ces débridements latéraux souvent suffisants ont restreint les indications de l'hystérectomie. Mais ces indications seront formelles quand l'inversion aura un caractère d'*incoercibilité absolue* ou se compliquera de *sphacèle*, d'*hémorrhagie* ou d'*infection*. Le sphacèle de l'utérus envahit quelquefois la totalité de l'organe en quelques jours. On ne peut donc songer à faire rentrer dans la cavité abdominale ce foyer septique.

Dans quelques cas, les hémorragies abondantes et répétées mettent en fort peu de temps la vie de la malade en danger.

Il faut ajouter à ces indications l'âge avancé de la femme levant le scrupule de supprimer un organe encore susceptible de fonctionnement.

Nous concluons qu'à l'heure actuelle la voie vaginale doit être la seule employée dans le traitement de l'inversion utérine, même lorsqu'il s'agit d'interventions conservatrices. Les opérations radicales pratiquées par cette voie sont les plus efficaces comme aussi les plus bénignes et les plus faciles.

CHAPITRE V

Hystérectomie vaginale et infection puerpérale

On a englobé sous le nom d'infection puerpérale des états infectieux graves, multiples et disparates, qui, bien qu'étant tous la conséquence de l'infection des accouchées, présentent des lésions et des indications thérapeutiques très variables.

A côté de l'infection aiguë proprement dite, on trouve, dans la majorité des cas, des complications localisées de la même infection. Les limites que nous nous sommes tracées ne permettent pas de faire une description détaillée de ces divers états.

D'ailleurs, du point de vue qui nous occupe, il nous suffit de diviser les infections puerpérales en deux grandes classes : le premier groupe comprenant *les infections avec localisations ou complications* telles que la péritonite généralisée, les phlegmons des ligaments larges, gangrène de l'utérus, fibromes sphacelés ; le second groupe étant réservé à la forme la plus grave, la *septicémie géné-*

ralisée sans localisation. L'hystérectomie, peut, en effet, se discuter aussi bien pour celle-ci que pour les formes localisées avec suppuration. C'est dans ce sens que Rochard s'exprime dans la *Revue de Gynécologie* (juillet-août 1904) : « J'estime pour ma part que les manifestations pathologiques causées par la septicémie puerpérale étant multiples doivent être confondues au point de vue de l'intervention ; qu'il faut poser la question d'une façon beaucoup plus large et discuter la valeur de l'hystérectomie dans la septicémie puerpérale, que ses manifestations soient simplement utérines ou bien encore annexielles ou péritonéales. »

Est-il logique de pratiquer l'hystérectomie dans l'infection puerpérale? Telle est la question que posait Tuffier dans son rapport au Congrès de Rome (1902).

La question n'était pas neuve. Il suffit pour s'en convaincre de rappeler les noms des chirurgiens qui l'avaient déjà discutée et de mentionner quelques-unes des observations recueillies à ce sujet.

La première opération abdominale de ce genre fut tentée en 1886 par Skutsch, d'Iéna, avec succès d'ailleurs. La première hystérectomie vaginale est due à Rosenberg, de La Haye (1889).

Le rapport de Tuffier au Congrès de Rome (1902) nous apprend qu'en France les essais furent jusque-là timides et infructueux.

Il ne relève que deux observations, l'une publiée dans la thèse de Wintrebert (1895) relatant une hystérectomie vaginale suivie de mort et faite à l'hôpital Cochin en 1893 ; l'autre publiée par Brosset (1898) ayant trait à une hystérectomie abdominale faite à la clinique Baudeloque en 1896 et qui fut également suivie de mort.

Le sujet a en outre donné lieu à un certain nombre de

publications. Sans parler de la discussion du 8 mai 1890 où fut agitée à la Société obstétricale et gynécologique de Paris la question de savoir si, dans les cas de rétention avec adhérence du placenta, l'opération de Porro ne semblait pas indiquée, nous relevons la thèse de Wintrebert (1895), la communication de Tuttle au « Boston medical and surgical Journal » (T. 133, p. 561, 1895) ; la thèse de Bonamy (Paris 1899), celle de Benoist (Paris 1901) ; le rapport de Pinard au Congrès de Madrid (1902) et plus près de nous la thèse de Ricou (1905).

Ce court historique montre que les auteurs semblent avoir répondu par l'affirmative à la question de Tuffier, et c'est dans ce sens-là également que se prononce celui-ci.

Théoriquement l'hystérectomie est autorisée quand les microbes ont franchi la première barrière que leur opposait la muqueuse utérine.

« Nous pensons qu'en ce moment l'hystérectomie est aussi logiquement indiquée que peut l'être dans des cas semblables l'amputation d'un membre quand le chirurgien, ayant épuisé toute la série des opérations palliatives locales, sent qu'il n'est plus maître de l'infection, que celle-ci se généralise et qu'en enlevant radicalement le foyer infectieux il tente la suprême chance qui lui reste de sauver son malade » (Tuffier).

Sans entrer beaucoup dans les détails, nous devons préciser les indications de l'intervention.

Tuffier cite tout d'abord deux ordres de faits en présence desquels l'hystérectomie s'impose, selon lui : 1° « Nous voulons parler des rétentions totales placentaires telles que le doigt ni la curette ne peuvent arriver à détacher le placenta du tissu utérin... » 2° « Des cas d'infections puerpérales au cours d'un accouchement néces-

sitant l'opération césarienne... Le chirurgien ayant en mains le corps du délit, il doit l'enlever... »

En dehors de ces deux éventualités, les indications de l'hystérectomie seront plus difficiles à préciser.

Il faut d'abord *être convaincu de l'inefficacité des moyens habituels*, curage, curettage, écouvillonnage. Si malgré ces divers traitements employés, on constate une *aggravation des symptômes généraux* (frissons répétés, élévation progressive de la température, dissociation de la température et du pouls, facies grippé, langue rôtie, etc.), l'hystérectomie sera indiquée sans même qu'on ait songé à pratiquer un second curettage qui ferait perdre un temps précieux et ne consisterait le plus souvent, comme l'a dit Doléris, « qu'à gratter derrière l'ennemi la place où il a passé ».

Disons aussi qu'on a cherché à préciser le moment d'intervenir par des constatations tirées de l'examen bactériologique du sang et des sécrétions utérines.

Prokovnich soutenait qu'en présence d'un examen positif du sang on devait avoir recours à l'intervention radicale.

Mais les objections appuyées sur des faits n'ont pas manqué à cette opinion.

Streub, au Congrès de Rome, cite des cas de guérisons survenues alors que la présence du streptocoque avait été décelée dans le sang. Mouchotte démontre que le streptocoque peut être absent du sang pendant la vie et apparaître après la mort. Lemierre conclut qu'il est difficile de tirer un pronostic absolu de l'ensemencement du sang dans la fièvre puerpérale. Tout ce qu'on peut dire c'est que la streptococcémie est très fréquente dans les cas mortels.

L'examen des lochies ne peut guère donner de résultats utiles.

Enfin Mouchotte avait espéré trouver la solution du problème dans des formules leucocytaires. Il avait établi, en effet, des formules d'infection légère et grave. Il y avait chance de guérison si on trouvait une polynucléose modérée avec éosinophilie active. Au contraire, le pronostic s'assombrissait avec polynucléose active et éosinophilie nulle. On sait avec quelle réserve on doit compter sur ces données.

En somme, l'état actuel des connaissances ne permet pas de dire qu'il existe *un symptôme* jugeant nettement la question. Il s'agit ici beaucoup plus d'une question de flair que d'une question de science.

L'indication d'intervenir étant formulée, *quelle voie choisira le chirurgien ?*

Les deux voies ont été suivies pour arriver sur l'utérus puerpéral. Beaucoup de chirurgiens préfèrent la voie sus-pubienne : Terrier, Ribemont-Dessaigne, Lepage, Second, Tuffier suivent cette voie dans les infections survenant après accouchement à terme. Ils s'appuient sur un certain nombre de raisons : l'éclairage meilleur que par la voie basse ; la mollesse et la friabilité de l'utérus pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement donnant peu de prises aux mors des pinces et rendant le morcellement difficile ; le péritoine étant le plus souvent déjà contaminé, les précautions à prendre contre l'infection péritonéale importent peu.

Ces raisons sont celles de notre maître ; il est évident qu'une opération par la voie basse sur ces régions « où tout est mou, utérus, col et corps, ligaments larges, vessie, où il n'existe plus de ressaut entre le corps utérin et le ligament large, où les culs-de-sac indéfiniment dé-

pressibles ne peuvent plus servir de point de repère », ne peut avoir la prétention de réaliser les conditions générales, exposées au premier chapitre, d'être une intervention : facile, rapide et bénigne.

La voie vaginale a cependant conservé des partisans. Elle est recommandée par Legueu dans les cas d'utérus petit. Ribemont-Dessaigne et Lepage l'emploient aussi dans les faits consécutifs à un avortement.

J.-L. Faure la préfère à l'abdominale, quand il n'est pas sûr qu'il y ait contamination péritonéale « dans tous les cas où les lésions sont virulentes, les risques d'inoculation péritonéales redoutables ; et, lorsqu'il peut faire autrement, il se refuse à promener dans le ventre un utérus bourré de streetlocoques. »

Si la largeur de la plaie vulvo-vaginale rend les manœuvres faciles ; si les larges pinces à plateaux de Faure ont raison de la friabilité de l'utérus, nous nous rallions à cette manière de voir dans les cas d'infection post abortum.

L'extirpation vaginale permettra alors un drainage dans une meilleure déclivité et offrira le grand avantage d'une opération rapide et n'imposant pas au delà de 15 minutes de chloroforme à des malades débilitées, profondément infectées et qu'il importe avant tout de ménager.

CHAPITRE VI

Hystérectomie vaginale et métrites chroniques

L'hystérectomie est rarement indiquée dans les métrites chroniques. Ces métrites chroniques, en effet, comme l'a bien exposé Richelot, sont des métrites cervicales, et les symptômes qui les caractérisent : douleurs, pesanteurs, pertes blanches, guérissent par des opérations anaplastiques sur le col. La résection du col agit en outre sur le corps de l'organe pour en amener l'involution.

L'hystérectomie sera donc seulement indiquée dans les cas d'utérus scléreux, hypertrophique, douloureux, sécrétant, chez les femmes nerveuses que seule soulagera l'extirpation de l'organe infecté ou non.

La voie vaginale est la voie de choix. Les lésions annexielles sont rares ou peu importantes dans les cas que nous envisageons. L'utérus est mobile et facilement abaissable. Toutes les conditions que nous avons reconnues indispensables au choix de cette voie se trouvent donc ici réalisées (Obs. I, II et III).

CHAPITRE VII

Hystérectomie vaginale et cancer de l'utérus

La voie vaginale, d'après notre maître, ayant perdu toutes ses indications dans le traitement chirurgical du cancer de l'utérus, nous ne nous étendrons pas sur ce chapitre

L'hystérectomie vaginale dans le traitement du *cancer du corps* a contre elle le morcellement et par suite les greffes possibles. « Pozzi fait remarquer, en outre, que le cancer du corps augmente le volume de l'organe et s'observe le plus souvent chez les femmes d'un certain âge dont le vagin a déjà subi l'involution sénile. » La voie basse est donc ici nettement contre-indiquée, aussi l'éliminons-nous immédiatement.

L'hystérectomie n'est pas mieux indiquée *dans le cancer dans le col*. Même dans les néoplasmes du col au début, dans les cas d'utérus parfaitement mobiles avec parties voisines non indurées, et à plus forte raison dans les cas où l'utérus est « tant soit peu fixé », faisant ainsi penser à l'infiltration des tissus qui sont autour des ure-

lères, c'est à la voie abdominale qu'il faut avoir recours. Elle seule permet un évidement large absolument nécessaire si l'on veut espérer une chance de survie un peu longue.

Les deux seules contre-indications à l'abdominale sont tirées de la cachexie grave et de l'adiposité de la paroi.

« Dans le cancer du col, écrit Ricard, l'hystérectomie abdominale a son maximum d'indication, car elle présente dans ces cas au début son maximum d'innocuité, son maximum de facilité, et donne les chances maxima d'éradication radicale. »

PIÈCES JUSTIFICATIVES

CORRESPONDANCE ET OBSERVATIONS

RÉPONSE DE M. LE PROFESSEUR BARSONY (de Budapest)

(25 octobre 1908)

Ce n'est que maintenant qu'il m'est possible de répondre à votre lettre du 14 août dernier.....

Je puis vous donner la réponse suivante sur le mérite de la question :

J'essaye de guérir conservativement toute salpingite chronique, oophorite ou salpingo-oophorite par un traitement résorbant ; au cas où par là je n'arrive pas au but, j'opère par en haut, par l'abdomen. Je suis de l'avis que les salpingo-oophorites opiniâtrement chroniques qui viennent à l'opération, persistent après une telle inflammation, sur laquelle le salpinx et l'ovaire malades adhèrent généralement aux parties voisines ; par voie vaginale la séparation de ses adhérences est excessivement difficile dans la plupart des cas et parfois cette séparation ne réussit que par la lésion de la séreuse de l'intestin. — Par voie vaginale, je n'opère pas que les tumeurs libres et mobiles, en conséquence de quoi on peut supposer qu'elles n'adhèrent pas corticalement. — En faisant l'opération par l'abdo-

men, on peut enlever les petites tumeurs annexées par de petites incisions abdominales, l'orientation est exacte de deux côtés de l'interne, la cicatrice abdominale, qui en résulte, est courte, et l'incision de la peau ne se voit pas (incision transversale de Pfannenstiel) ou à peine. — Je n'ai aucune crainte de la hernie dans les cas où le contenu de la tumeur est stérile, par conséquent je suis autorisé à croire à la guérison primaire.

RÉPONSE DE M. LE PROFESSEUR LÉBÉDEFF (de Saint-Pétersbourg)

2 décembre 1908

...A l'inflammation chronique des annexes de l'utérus je ne recours à une opération qu'à la dernière extrémité, justement quand il n'y a plus d'espoir de la réussite du traitement contre-inflammatoire à l'aide des médicaments et du traitement climatologique et balnéologique.

Je ne cherche à suivre l'indication du traitement opératif que dans les cas de pyosalpinx et d'hydrosalpinx.

Dans les cas mentionnés je préfère recourir à l'opération abdominale qu'à la colpo-laparotomie, parce que seulement dans ces cas je considère comme possible de détruire les adhésions et d'éloigner les organes malades en entier selon toutes les règles de la chirurgie ayant devant les yeux le champ visuel de l'opération.

Dans ces cas d'adhésions très solides du bassin, je considère la voie abdominale uniquement admissible, parce qu'elle permet non seulement d'éloigner les organes malades, mais encore de redresser la matrice à l'aide de ventro-fixatio uteri...

RÉPONSE DE M. LE PROFESSEUR PESTALOTTA (de Rome)

(19 novembre 1908)

Si j'ai tardé à répondre à votre enquête, c'est que en réalité j'opère en principe *tous les cas* de salpingo-ovarite chronique par *la voie abdominale*, me préoccupant surtout des adhérences avec l'intestin qui dans certains cas sont assez fortes à exposer à une lésion éventuelle de la paroi intestinale quand on opère par le vagin. C'est ainsi que dans un cas assez récent je me suis trouvé obligé de compléter l'opération par une résection intestinale à l'aide du bouton de Murphy, et avec bon succès.

J'admets volontiers que ça n'arrive pas toujours, mais c'est tout de même une raison pour préférer la voie abdominale.

J'ajoute que je n'opère d'habitude que dans des cas de lésions très avancées, anciennes poches purulentes, adhérences étendues, pendant que pour les cas moins graves je me borne à un traitement médical.

Au contraire, j'ai recours quelquefois à la voie vaginale pour l'évacuation de poches salpingiennes récentes, là où une communication avec l'intestin est déjà établie, ce qui rendrait très dangereuse la laparotomie.

RÉPONSE DE M. LE PROFESSEUR BRANDT (de Christiania)

(24 novembre 1908)

En réponse de votre lettre du 20 septembre 1908 je vous envoie une mémoire d'hystérectomie vaginale de 1896.

En général je peux dire que je préfère la voie vaginale dans les

cas de double salpingite *purulentes chroniques* castration totale), dans les cas non purulents aussi colpotomia anterior ou la voie abdominale.

RÉPONSE DE M. LE PROFESSEUR GOUBAROFF (de Moscou)

(23 novembre 1908)

Je vous envoie ci-joint une publication sur les questions qui vous intéressent.

Je ne tiens pas à opérer sur voie vaginale quand même si ce n'est dans des cas infectés ou à parois abdominales trop épaisses.

Des kystes mobiles de l'ovaire et des fibromes de volume moyen s'imposent quelques fois à être opérés par le vagin.

Mais les résultats sont bien les mêmes par les deux voies.

...De plus la divergence des opinions sur ces questions vient de ce que les uns sont plus aptes et capables pour l'une tandis que les autres ont plus d'habitude pour l'autre.

L'opération de l'avenir sera sans doute la laparotomie et ce n'est qu'une question de temps puisque, en faisant marcher les laparotomisées dès le lendemain de l'opération, on aura plus de support logique pour une opération vaginale dans des cas non infectés.

RÉPONSE DE M. LE PROFESSEUR SCHALDEMOSE (de Copenhague)

(30 novembre 1908)

Excusez, Monsieur, si je n'ai jusqu'ici répondu à votre lettre.

...Si cela peut avoir de l'intérêt pour vous, je vous dirai qu'à mon service sont traités plusieurs cas des salpingo-ovarites chroniques, et que je les traite toujours par la laparotomie...

OBSERVATION I.

Hystérectomie vaginale pour métrite parenchymateuse avec polype muqueux

Marie F. 45 ans.

La malade est atteinte d'une luxation congénitale droite. Réglée à 16 ans, toujours en avance. Règles durant 8 jours. Mariée à 27 ans. 3 enfants. Accouchements normaux. A la suite du dernier elle souffrit de métrorragies continues qui l'obligèrent à se coucher Pertes répétées. Caillots. Trois semaines avant l'entrée à l'hôpital, Violentes hémorrhagies en caillots. Légère odeur.

Toucher. Col gros, scléro-kystique. Utérus gros et douloureux. Les culs-de-sac ne sont pas douloureux. Hystérométrie : 8 cm. 1/2

OPÉRATION. — Le 23 novembre 1907: *Hystérectomie vaginale avec conservation des annexes.* — L'opération est difficile; l'utérus est gros et ne descend pas; cependant très mobile. Avant de pratiquer l'hystérectomie on fait un bon curettage qui enlève toute la muqueuse et le polype muqueux; puis on aseptise la cavité utérine par l'introduction successive de deux tampons imbibés de teinture d'iode.

On commence par inciser le cul-de-sac antérieur. On décolle la vessie. Mais on ne parvient pas à atteindre le cul-de-sac péritonéal antérieur; on incise ensuite le cul-de-sac postérieur, et on ouvre difficilement le cul-de-sac de Douglas. Puis l'on prend la vessie dans la valve antérieure et on sectionne la paroi antérieure de l'utérus. Il ne bascule pas. On fend donc cette paroi antérieure jusque au delà de l'isthme. L'utérus bascule alors; mais comme les deux ischions de la malade sont très rapprochés, on est très gêné pour placer des pinces sur le ligament large gauche. On se décide donc à faire la Müller-Quénu. Dès lors on peut pincer avec une grande pince tout le ligament large gauche en dedans des annexes. On saisit ensuite la partie droite de l'utérus et on met 2 pinces moyennes sur le ligament large droit successivement et au-dessous l'une

de l'autre, On sectionne en dedans de la première, puis plus bas en dedans de la deuxième. Il reste un petit bout du bord inférieur du ligament large qu'on saisit avec une pince de Kocher. On laisse donc les annexes, qui sont saines, des deux côtés. Mèche de gaze à l'eau oxygénée dans le péritoine ; mèche entre vagin et pinces.

Suites opératoires parfaites. On enlève les pièces sans incidents 48 heures après.

EXAMEN DES PIÈCES. — Col énorme, scléro-kystique. On y voit la place de l'implantation du polype. Le corps est hypertrophié. La muqueuse a été enlevée par le curettage préopératoire. Le parenchyme utérin est doublé de volume et scléreux.

OBSERVATION II

Hystérectomie vaginale pour métrite parenchymateuse

M. R..., 44 ans. Entre à l'hôpital pour douleurs abdominales et métrorragies.

Réglée vers 15 ou 16 ans, abondantes, durant 5 à 8 jours, en avance. Mariée à 25 ans. A eu 9 enfants. Le dernier il y a 4 ans. Grossesse bonne. Accouchements normaux. Se levait trois jours après. Règles revenaient 40 jours après. Ne nourrissait que quelques mois. Six enfants morts d'entérite vers 13 ou 16 mois. Trois survivants, nourris par la mère d'abord, par une nourrice ensuite.

Pendant 3 mois aménorrhée et depuis 2 mois métrorragies continues avec paroxysmes. Quand la malade essaie de se lever, va en voiture, etc. Enfin, à la moindre fatigue, douleurs depuis 2 mois dans les reins, le bas-ventre, les jambes. Malade très amaigrie.

Le 3 mars, 5 jours avant entrer à l'hôpital, violentes hémorragies. Caillots gros comme le poing, expulsés avec douleurs. Légères odeurs, à ce que dit la malade.

Souffles anémiques. Au cœur, souffle au premier bruit, souffle jugulaire. On donne spartéine, sérum, cacodylate de soude.

Toucher : col gros, déchiré, avec suintement sanguin. Rien dans les culs-de-sac. Utérus gros, un peu douloureux. Hystérométrie 8 centimètres.

INTERVENTION. — Le 25 mars 1908, ablation de l'utérus et des annexes. L'utérus descend très bien. Annexes un peu adhérentes, on arrive cependant assez aisément à les enlever.

OBSERVATION III

Hystérectomie vaginale pour métrite parenchymateuse

D. L..., 38 ans.

Entrée à la salle A. Paré, n° 10. Pertes régulières durant au maximum 4 jours. Pas de pertes blanches. Mariée à 18 ans. Menstrues régulières.

Trois ans après mariage, les pertes blanches apparaissent.

Un an après mariage, première grossesse (accouchement normal).

Trois ans après, un autre bon accouchement. Puis quatre autres Accouchements normaux. Entre la 3^e et la 4^e grossesse une fausse couche de 6 mois. Toutes ces grossesses se succèdent à quelques mois d'intervalle.

Il y a 4 à 5 ans des douleurs apparaissent dans les reins au moment des règles et persistent jusqu'au 1^{er} décembre 1907 où elle est entrée dans le service.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, mère morte accidentellement.

Antécédents personnels. — Rien de particulier.

Toucher : Utérus en antéversion très abaissable. On sent la trompe droite cul-de-sac gauche très douloureux, salpingo-ovarite double très nette.

OPÉRATION. — Le mardi 11 décembre 1907, après curettage, hystérectomie vaginale sans incident. Les annexes paraissent saines et on les laisse en place. Une pince moyenne prend tout le ligament

large gauche. Une grande pince plus une pince de Kocher tiennent, la première tout le ligament droit, la deuxième le bord inférieur de ce ligament, c'est-à-dire l'utérine. Une mèche stérilisée, imbibée d'eau oxygénée, est plongée dans le vagin. Une mèche identique est placée entre les pinces et chaque paroi vaginale.

L'opération est faite très facilement. Elle dure 15 minutes.

EXAMEN DES PIÈCES. — Utérus gros, saignant, scléreux ; métrite fongueuse et paroi utérine très hypertrophiée. Le col est gros, scléro-kystique et parenchymateux. Les suites opératoires sont excellentes. La malade a des varices du mollet droit et se plaint de douleurs à ce niveau. Massage, compressions, aucun signe de phlébite.

OBSERVATION IV

Hystérectomie vaginale pour métrite et salpingo-ovarite

Marie A., 37 ans, journalière.

Elle entre à l'hôpital, le 2 mai 1906, pour douleurs dans le bas-ventre et pertes rouges et blanches.

Antécédents héréditaires. — Père mort (?). Mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — On lui a fait, il y a 3 ans, une cystostomie sus-pubienne pour hémorragie vésicale de nature indéterminée pour laquelle M. Imbert fit la cystoscopie et diagnostiqua ulcère rond vésical ; mais à la taille, au point indiqué, je trouve un simple caillot. Depuis l'opération la malade n'a plus eu d'hémorragie vésicale. Réglée à 12 ans, normalement pendant un an, ses règles deviennent irrégulières, apparaissant parfois deux fois par mois. Mais les troubles utérins datent du mariage. Elle a eu 2 accouchements ; depuis cette époque elle se plaint de douleurs continues dans le bas-ventre, avec irradiation dans les reins et dans les cuisses, avec hémorragies alternant avec les pertes blanches.

Rien à signaler du côté des appareils.

L'utérus est mobile, augmenté de volume, douloureux à la mobilisation et flanqué de deux grosses poches de salpingo-ovarite.

OPÉRATION. — Le 8 juillet 1906. Hystérectomie vaginale.

La malade quitte l'hôpital guérie 9 semaines plus tard.

OBSERVATION V

Hystérectomie vaginale pour métrite et salpingo-ovarite

Mme T..., 23 ans.

Elle entre à la clinique le 6 mars 1907 et en sort guérie le 12 mai. Elle entre pour des hémorragies très abondantes.

Réglée à 15 ans bien. Mariée à 16 ans ; enceinte à 17. Bon accouchement ; se lève au 8^e jour. Les règles reviennent normalement. A 19 ans, nouvel accouchement. Fièvre puerpérale au 9^e jour. M. Guérin parle de péritonite, elle reste au lit trois mois pendant lesquels les règles ne reviennent pas.

A 20 ans, nouvel accouchement sans accident, mais l'enfant naît avec une ophtalmie purulente.

La mère avait des pertes blanches depuis son 2^e accouchement, l'enfant meurt à 5 mois.

Les règles reviennent bien mais abondantes et durent 8 jours ; peu de pertes blanches.

A 22 ans, nouvel accouchement ; elle reste 15 jours au lit ; il n'y a pas d'incident.

Les règles reviennent mais se prolongent 15 jours.

A partir de cette époque nombreuses métrorragies ; une d'entre elles a duré un mois ; à partir du 19 janvier, pertes continues ; douleurs dans le bas-ventre ; arrêt de l'hémorragie le 4 février, puis hémorragie du 15 février au 5 mars.

Du 6 mars au 15 avril, injection de cacodylate ; on relève son état général ; la malade ne perd plus.

OPÉRATION. — Le 15 avril, hystérectomie vaginale, très facile ; on enlève utérus et annexes d'un bloc.

La malade sort guérie le 12 mai ; on la revoit à la consultation de médecine ; on la traite pour son estomac et ses sommets suspects.

Mais à partir de juillet elle va très bien, se nourrit et prend bonne mine.

Elle part le 20 octobre pour Périgueux.

OBSERVATION VI

Hystérectomie vaginale pour annexite

Marie G..., 21 ans, journalière.

Annexite droite.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans, toujours très irrégulièrement ; règles peu abondantes, mais durant 8 jours, rosées. Elle avait souvent des suspensions de règles de 2 ou 3 mois et arrivait ainsi à n'être réglée que 4 ou 5 fois par an.

Mariée à 17 ans : ni accouchement ni avortement.

A partir de son mariage, pertes blanches qui furent d'abord verdâtres, continues, tachant et empesant le linge.

Il y a un an et demi, séjour dans le service du professeur Forgue pour pelvi-péritonite. Elle a toujours souffert du ventre depuis cette époque et les douleurs siègent presque exclusivement à droite. Depuis quelque temps les rapports conjugaux sont très douloureux et elle se décide à entrer dans le service.

A l'examen on trouve : vulve, vagin normaux, col utérin de dimensions normales et de consistance souple. L'orifice cervical regarde en arrière ; l'utérus est mobile. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent les annexes très basses et mobiles. Rien dans le cul-de-sac latéral gauche. Cul-de-sac postérieur normal.

INTERVENTION. — Le 18 juillet. Colpo-hystérectomie postérieure, et avec beaucoup de peine on décortique les annexes droites après les avoir saisies avec une pince ; on amène ainsi dans le vagin l'ovaire et la trompe et on lie le pédicule avec un catgut. Drainage de Dorylen avec une mèche.

EXAMEN DES PIÈCES. — L'ovaire est très gros, scléro-kystique, très adhérent à la trompe qui est dilatée, à parois épaissies et contient un liquide citrin formant un hydrosalpinx du volume d'une noix ; le pavillon est oblitéré.

Suites opératoires parfaites, la malade sort guérie le 8 août.

M. de Rouville la revoit dans son cabinet ; elle a beaucoup engraisé et ne souffre plus.

OBSERVATION VII

Hystérectomie vaginale pour annexite double

Angèle L..., 30 ans, giletière.

Entrée à la clinique, salle A. Paré, n° 3 (puis Villa Fournier), le 3 janvier 1907, pour douleurs abdominales basses.

Réglée à 16 ans régulièrement, mais avec douleurs pré et post menstruelles, caillots, 2 à 3 jours.

Il y a 6 ans, pertes blanches qui tachent et empèsent le linge ; pas de douleur à la miction ; aucune douleur intermenstruelle.

Deux ans plus tard, douleurs dans la région hypogastrique ; elle entre chez le professeur Tédénat que remplace le professeur de Rouville ; elle a des ménorragies et on lui fait un curettage (août 1901) ; seules persistent les pertes blanches ; la malade reste ainsi 5 ans pouvant travailler à la machine et menant une vie plus ou moins régulière de fatigues et de veilles, etc.

Il y a 15 jours, crise aiguë de pelvi-péritonite pour laquelle on la soigne chez elle, lui conseillant d'entrer dans un service de gynécologie quand cette crise aura disparu ; ce qu'elle fait.

Examen à l'entrée :

Vagin étroit et très profond ; utérus gros et annexite double.

OPÉRATION. — Le 17 janvier, hystérectomie vaginale. L'utérus est fixé à sa face postérieure par les annexes que je détache de sa face postérieure avec beaucoup de peine. Il bascule enfin ; les annexes sont, surtout les droites, entourées d'adhérences ; l'ovaire gauche est kystique et le kyste se rompt pendant la manœuvre de détachement ; il est très adhérent et on parvient avec beaucoup de peine à l'extraire, on enlève utérus et annexe d'un bloc.

Les suites opératoires sont marquées par de très nombreux vomissements et de très vives douleurs abdominales ; le pouls reste plusieurs jours à 130, il y a un peu de fièvre. Au bout de 8 jours tout se calme et le 7 février la malade se lève, se plaignant encore un peu de son intestin.

Elle sort le 15 février.

Revue chez elle à maintes reprises, elle ne souffre plus ; mais elle se plaint de douleurs à l'hypogastre et dans la région iliaque gauche. On la revoit le 9 mars chez elle ; elle se sent bien, n'a plus de douleur, et se dispose à partir avec sa mère pour la campagne.

OBSERVATION VIII

Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite

Maria L..., 36 ans.

Entrée dans le service, le 6 août 1906, pour pertes blanches et rouges et douleurs du bas-ventre (salle A. Paré, n° 1).

Antécédents héréditaires. — Père mort de maladie inconnue, mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans, irrégulièrement au début, très régulièrement depuis 15 ans, règles indolores.

Mariée à 19 ans, 1^{er} accouchement à 20 ans, se lève au 2^e jour.

5 autres accouchements normaux. Le 4^e et le 5^e nécessitèrent l'emploi du forceps.

2 fausses couches entre les deux premiers accouchements. Le dernier accouchement date de 3 ans.

La maladie actuelle remonte à 6 mois; les règles deviennent moins abondantes; puis apparaissent des pertes blanches et rouges inter-menstruelles et des douleurs dans le bas-ventre.

• Vulve et vagin normaux. Col regarde en arrière, gros, fendu transversalement et présente au niveau des commissures et de la lèvre postérieure des nodosités cicatricielles.

Corps en antéverson à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse. Annexite double, 7,50 à l'hystéromètre, utérus mobile.

Traitement par les injections intra-utérines chaudes au lysol.

Le 2^o août, crise de météorisme, ventre très ballonné, 37°8, douleurs généralisées.

Le 31 août, nouvelle crise semblable, glace sur le ventre.

Le 6 septembre, purge au calomel.

Le 26 octobre, hystérectomie vaginale: on ne peut enlever les annexes droites. Suites parfaites, pincées enlevées 48 heures après; la malade se dit guérie, mais la veille de son départ (5 novembre) nouvelle crise abdominale semblable aux autres. Le professeur Carrieu appelé diagnostique hystérie.

Du 5 novembre au 23 janvier, succession de crises semblables, avec vomissements. Si elle se lève elle souffre et marche courbée en deux.

Le 28 janvier, on pense à des adhérences épiploïques au niveau de la cicatrice de l'hystérectomie vaginale. Laparotomie; résection d'une grosse masse épiploïque adhérente aux annexes du côté droit laissées lors de la première intervention. Ablation des annexes: ovaire polykystique et au niveau de l'hydatide pédiculé gros kyste hyalin.

La malade sort guérie le 28 février. Elle reprend des forces et engraisse beaucoup. Mais le 26 juillet elle revient nous voir, son ventre est énorme; météorisme extraordinaire; douleur, pas de fièvre.

Elle rentre dans le service, où on la laisse au lit pendant les mois d'août et de septembre. Elle a encore plusieurs crises abdominales avec asphyxie, et le 20 septembre, après s'être levée, contracture

absolue du membre inférieur droit avec anesthésie totale. M. Gausse, appelé, dit névrose, et ordonne des inhalations avec de l'iodure d'éthyle. La malade ne prend depuis son entrée que du rhum et de l'eau, le lait n'est pas supporté.

OBSERVATION IX

Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite

Marie A..., 48 ans. Entrée le 1^{er} janvier 1907.

Salpingo-ovarite double, scléreuse et douloureuse (neuro-arthritisme).

La malade est sourde-muette ; donc très difficile à interroger.

Ni accouchement, ni avortement. Réglée à 16 ans, régulièrement et abondamment, sans douleur, 4 à 5 jours. Jamais de pertes entre les règles.

Souffre du ventre depuis 5 mois. Salpingo-ovarite scléreuse double ; lésion plus douloureuse à droite. L'utérus est petit et mobile.

OPÉRATION. — Hystérectomie vaginale le 14 janvier. Très facile par résection médiane. Sort guérie le 8 février 1907.

OBSERVATION X

Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite double

Mme Ch..., 27 ans.

Entrée à la Clinique gynécologique le 9 mars 1907 pour douleurs abdominales. Réglée à 11 ans, normalement, sans douleurs, trois, quatre jours, a toujours eu quelques pertes blanches. Mariée à

21 ans, elle devient immédiatement enceinte. Grossesses et accouchements normaux, 30 jours de lit.

Les premières douleurs datent de 3 mois après son mariage. C'est pendant le coït qu'elles sont apparues et ont acquis une telle intensité que la malade en est encore à refuser tout rapport sexuel. Les douleurs siègent principalement à gauche.

Après l'accouchement les douleurs ont persisté, mais elles deviennent alors continues et s'exagèrent par la fatigue.

La malade est très modérément réglée depuis les couches, et pendant 24 heures ; au contraire les pertes blanches ont augmenté. Forte inflammation vulvo-vaginale.

Ulcérations étendues surtout sur la lèvre postérieure du col. Leur contact est très douloureux. Col dans l'axe. Déchirure à gauche.

L'utérus est gros, il remonte à 2 travers de doigt au-dessus du pubis ; mais il est très mobile et douloureux à la mobilisation.

Les culs-de-sac sont libres. Dans le gauche on sent nettement rouler sous le doigt les annexes augmentées de volume, mais libres d'adhérence. On ne sent rien à droite.

INTERVENTION. — Le 6 juin : Hystérectomie vaginale classique. Les ovaires sont scléro-kystiques et les trompes siège d'une inflammation interstitielles. Pince à demeure dans le ligament large droit ; idem sur le gauche plus une petite pince de sûreté sur l'utérine. Une pince de Kocher sur la tranche postérieure du vagin qui saigne un peu.

Guérison parfaite et sans incident. Sortie le 30 juin 1907.

OBSERVATION XI

Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite

B. M..., 40 ans.

Entre pour douleurs abdominales.

A commencé à être réglée à 12 ans. Mais règles s'arrêtèrent sous l'influence de refroidissement en allant laver (?). Depuis souffrait

chaque mois mais ne voyait rien. Règles revenues à 18 ans (après avoir subi traitement). Douleurs avant et après. Mariée à 25 ans, 7 enfants ; souffrait pendant grossesse. Accouchements généralement bons, sauf le premier, très lent, et le dernier survenu il y a 4 ans à la Maternité où elle est restée 15 jours avec douleurs. Depuis souffre pour uriner. Douleurs dans la fosse iliaque, les reins. Amaigrissement.

Toucher : Col dur, pas de masse kystique dans aucun cul-dè-sac. Annexes sensibles des deux côtés.

INTERVENTION. — Le 19 mai, hystérectomie vaginale. Rien de particulier.

OBSERVATION XII

Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite

M. S..., 32 ans.

Entrée pour pertes blanches, hémorragies et douleurs, le 8 janvier.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Incontinences nocturnes. Souffle cardiaque disparu après la croissance. Fièvre typhoïde à 17 ans.

Bonne santé habituelle. Réglée vers 13 ans. Pas de troubles menstruels. Règles abondantes avec avance. Mariée depuis 8 ans. Une grossesse il y a 7 ans avec un accouchement laborieux (forceps). L'enfant se porte bien. Après, hémorragie assez abondantes. Depuis accuse pertes blanches. Il y a deux mois métrorragie. Douleurs. Depuis la malade souffre. Pertes blanches. Douleurs dans les deux fosses iliaques irradiées vers les lombes.

Appareils : à peu près à la même époque, il y a 2 mois, toux et aphonie.

Après accouchement, il y a 7 ans, la malade pissait avec difficulté.

Appétit médiocre. Constipation. Pyrosis. Digestion pénible.

Toucher. Rétroversion réductible. Masse dans le Douglas dou-

loureuse. Gros col, très hypertrophié avec déchirure. Métrite. Cul-de-sac latéral droit douloureux.

Deuxième toucher. Utérus beaucoup plus mobile. Dans le cul-de-sac latéral gauche, masse bien indépendante de l'utérus en rétroflexion, très douloureuse à la pression, qui doit être l'ovaire scléro-kystique.

Peu de douleur dans le cul-de-sac latéral droit.

INTERVENTION. — 3 février, hystérectomie vaginale et ablation des annexes. Les ovaires à droite et surtout à gauche, volumineux et kystiques.

OBSERVATION XIII

Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite double

M... Ey... Malade soignée il y a peu de temps à la villa Fournier par M. Tédénat pendant 80 jours sans résultat.

Antécédents. — Réglée à 14 ans. Dysménorrhée 5 à 6 jours. Après mariage, plus de dysménorrhée.

Trois enfants. Le premier, il y a 12 ans, le second, il y a 6 ans, le troisième, il y a 4 ans. Entre le deuxième et le troisième, il y a une fausse couche.

A son dernier accouchement, fièvre dans les suites de couches (les autres bons).

Depuis 4 ans, souffre de douleurs abdominales.

Toucher. — Utérus en antéversion, mobile, avec douleurs. Indépendance des lésions salpingo-ovariennes bi-latérales non kystiques. Hystérométrie 7 cm. 1/2 à 8 cm.

INTERVENTION. — Le 19 mars 1908, hystérectomie vaginale. Rien ne descend et on fend l'utérus à la Müller-Quénu. On arrive avec grande difficulté à enlever la demi gauche et à attacher les annexes gauches après avoir détaché ces dernières très adhérentes avec

l'index et les avoir saisies avec la pince à annexes. A droite on détache de même les annexes très adhérentes et en tirant, la demi droite et l'annexe en totalité restent sur la main de l'opérateur. D'où hémorragie de l'utérine. On saisit avec une pince le ligament large et on met une pince sur l'utérine.

SUITES OPÉRATOIRES. — Sérum et caféine, 500 gr. de sérum le matin après l'intervention et 2 litres dans la journée. Ablation des pinces 48 heures après sans incidents.

Premier pansement au 5^e jour sans incident. T. normale. P. très faible, se relève très bien. La malade vomit beaucoup. (Elle a pris en effet 50 gr. de chloroforme). Tout se passe à merveille. On la purge le 6^e jour à deux reprises.

Phlébite de la saphène droite. Début 31 mars. Immobilisation.

Premier massage. La malade sort trois semaines après.

OBSERVATION XIV

Hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite blennorragique
et post abortum

Mme L. P., 27 ans.

Entrée à la villa Fournier, réglée à 11 ans, régulièrement et abondamment de 11 à 14 ans. A l'âge de 14 ans métrorragies de décembre à février 1893, après lesquelles les règles se rétablissent normales.

Antécédents héréditaires. — Mère en bonne santé. Père mort d'une affection cardiaque.

Antécédents personnels. — Rien à signaler. L'examen local montre :

Vulve et vagin normaux. Col déchiré dans l'axe. Utérus mobile, difficilement perceptible au-dessus du pubis.

Mariée à 15 ans, 1895, neuf mois plus tard accouchement, 1896. Bonne grossesse. Pas de fièvre, se lève huit jours plus tard. Les règles se rétablissent normalement. Cinq mois après, nouvelle

grossesse. Accouchement normal, 1897. L'enfant meurt à 18 jours. (entérite gastro-intestinale. Suites de couches excellentes.

La malade se lève 3 ou 4 jours après. Les règles se rétablissent. Quatre ou cinq mois après nouvelle grossesse, moins bonne. Quelques étourdissements. Pas de vomissements. Accouchement en 1898. La malade se lève huit jours après. Métrorragies pendant 2 ou 3 mois consécutifs. Douleurs abdominales.

Le docteur G... traite par pansements vaginaux et tampons ichthyolés. Rétention probable. Puis issue de débris de membrane (sphacèles). Les hémorrhagies cessent, mais les douleurs persistent plus légères, apparaissant à l'occasion de fatigues.

En 1899 fausse couche d'un mois 1½. Pas de fièvre. Depuis lors malaise général, douleurs dans le ventre et dans les reins n'obligeant pas à garder le lit.

Nouvelle grossesse en 1901. Après trois mois menaces d'avortement. Lavements laudanisés. Repos au lit. Bon accouchement à terme.

Trois mois après les règles se rétablissent. L'enfant meurt à 2 mois 1½.

En 1902, avortement de deux mois. Hémorrhagies pendant 19 jours au bout desquels l'avortement se produit au cours d'une hémorrhagie très abondante. La malade garde le lit une quinzaine de jours. A partir de cet avortement la malade souffre du ventre d'une façon continue. Elle est obligée de garder le lit de temps en temps. Les règles reviennent. Depuis lors hémorrhagies succèdent à des retards de règles.

En 1905, après un léger retard, hémorrhagie plus forte. Deux mois et demi de lit, pendant lesquels l'hémorrhagie continue. Fièvre durant une journée. Lavage intra-utérin. Tout va bien jusqu'en 1907. En juin 1907, après des hémorrhagies légères, forte hémorrhagie le 27. Jusqu'à la fin du mois caillot volumineux. Règles normales en juillet.

La malade quitte l'Algérie en pleine période menstruelle. Fatigue, surmenage pendant la maladie et la mort de son père.

Le 1^{er} septembre, crise de pelvi-péritonite. Lavements chauds, injections, pommade mercurielle. Nouvelles crises quelques jours après.

Culs-de-sac antérieurs et latéraux libres. Dans le cul-de-sac postérieur, masse volumineuse, douloureuse.

Le 26 septembre 1907, le col regarde un peu en avant. Dans le cul-de-sac postérieur on sent un angle faisant continuer le col avec une tumeur dans le Douglas. On a peine à reconnaître s'il s'agit de l'utérus ou des annexes. Cependant la douleur très vive fait plutôt songer aux annexes.

Les deux culs-de-sac latéraux sont libres et non douloureux.

OPÉRATION. — Le 28 octobre, hystérectomie vaginale. L'utérus en rétroversion bascule bien. Il y a un angle très net entre le col et le corps en arrière. L'utérus est gros et les annexes à leur place. Elles sont à droite et à gauche assez solidement fixées par des adhérences peu solides, et à l'aide de la pince on arrive facilement à abaisser l'annexe droite. Mais les gauches tiennent mieux et les doigts ne les libèrent qu'avec une certaine difficulté. L'ovaire gauche renferme un kyste qui se rompt. La trompe gauche adhère par son pavillon à l'extrémité utérine du corps de la trompe. On l'enlève à part : cela saigne et on est obligé de mettre une pince de Kocher pour assurer l'hémostase du point d'adhérence entre le pavillon et l'épiploon. Une grande pince sur chaque ligament large : lavage du vagin.

SUITES OPÉRATOIRES. — Au 8^e jour on s'aperçoit d'une fistule stercorale. Injections fréquentes. Lavages quotidiens. Tamponnement du vagin.

Huit jours après, la fistule a complètement disparu, et trois semaines après l'opération la malade sort guérie.

OBSERVATION XV.

Hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin

Marie C..., de Pézenas, 52 ans.

Entrée le 9 décembre 1909, salle Ambroise Paré, n° 2.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Pertes abondantes sans caillots durant 8 jours, sans pertes blanches, mariée à 21 ans. 1^{er} accouchement 10 mois après son mariage. Suites normales, se lève deux jours après accouchement. Quatre autres accouchements normaux. La malade se lève deux jours après les autres accouchements. Pas de fausses couches. Les règles n'ont jamais manqué. Ménopause à 51 ans. Commence à ce moment à souffrir du prolapsus. Le dernier ayant considérablement augmenté ces temps derniers, la malade entre dans le service.

Inspection. — Le corps de l'utérus fait fortement saillie à l'extérieur de la vulve. Le prolapsus est complet. Col entouré par une ulcération de la grosseur d'une pièce de 2 francs due à l'infection de la région cervicale.

Prolapsus facilement réductible au doigt. L'hystéromètre donne 12 1/2. Le 11 décembre on fait un premier pansement à la teinture d'iode suivi de quelques autres chaque jour.

INTERVENTION. — Hystérectomie vaginale.

Le 24 décembre on tente l'opération de Wertheim, mais l'utérus ne peut pas basculer en avant. On se décide à faire l'hystérectomie vaginale.

Nombreux noyaux fibromateux; on en est réduit à faire la section complète de l'utérus à la Müller-Quénu.

29 décembre. — Incontinence d'urine lorsque la malade passe de la position assise ou coudée à la position debout.

3 janvier. — L'incontinence probablement due à la sonde à demeure ne se reproduit plus.

Suites opératoires excellentes. Malade sort guérie le 31 janvier.

OBSERVATION XVI

Hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin

Marie Ch..., de Cette, 53 ans.

Entre pour métrorragie abondante, le 24 décembre.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Il y a 6 mois, hémorragie cérébrale. Pendant 24 heures la malade a présenté une hémiplegie gauche croisée. Le lendemain la paralysie des membres avait disparu. Il ne persiste qu'une déformation de la bouche dans la position d'ouverture maxima et de la déviation de la langue du côté droit.

Réglée à 12 ans. Règles abondantes. 8 juin, caillots. Après une première apparition, disparition pendant 10 mois.

Restent intermittentes (tous les trois mois) jusqu'au mariage.

Mariée à 20 ans. Une fausse couche de 2 mois suivie de métrorragie nerveuse.

Lever 4 jours après. 4 autres accouchements normaux.

Seconde fausse couche de 3 mois suivie de violente hémorragie pendant 8 jours.

Deux autres accouchements normaux.

La malade a des pertes blanches abondantes provenant d'une métrite cervicale soignée au néophyllos de Richelot.

Il y a 5 ans un curettage est fait à la Maternité et les règles redevennent normales jusqu'en octobre dernier où la malade a été reprise de pertes métrorragiques avec abondants caillots. C'est cette dernière crise qui détermine l'entrée à l'hôpital.

Palpations : Ventre flasque. Vergetures nombreuses, rien d'anormal.

Percussion : Sonorité normale.

Toucher : Polype muqueux au niveau de la lèvre postérieure. Gros col scléro-kystique.

Douleurs rhumatismales depuis l'âge de vingt ans. Mais à 12 ans, au moment de l'établissement des règles, la malade prit du sirop de digitale.

Actuellement souffle d'insuffisance mitrale, ce double souffle au foyer aortique.

Le 4 janvier 1909, analyse d'urine, quantité par 24 heures 1650. Densité 1014, traces d'albumine.

OPÉRATION. — Le 8 janvier. *Hystérectomie vaginale.* L'utérus ne s'abaisse pas. De plus, il est très volumineux. On l'utilise alors sur la ligne médiane. La moitié droite est facilement pédiculisée et enlevée. La moitié gauche se pédiculise moins facilement. L'anesthésie a été faite à l'éther.

SUITES OPÉRATOIRES. — Excellentes.

Le 10 janvier, ablation de la pince du ligament large droit.

Le 11 janvier, ablation de la pince du ligament large gauche.

Escarres fessières et lombaires mais superficielles.

Le 14, poussée d'asystolie (huile camphrée, spartéine, digitaline).

Le 16, le cœur redevient régulier, le pouls bien frappé.

Sortie guérie le 30 janvier.

OBSERVATION XVII

Hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin total

Mme Th..., 63 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans. Grossesse à l'âge de 20 ans. Accouchement normal. Suites bonnes. Bien réglée. Abondamment.

Ménopause il y a une douzaine d'années. N'a jamais souffert du côté de l'utérus.

Il y a huit mois a fait un effort et a senti à ce moment « quelque chose craquer dans les reins ». Une quinzaine de jours a senti à la vulve une lourdeur et a vu apparaître le col utérin.

Actuellement prolapsus total. La malade couchée ; tumeur rouge, lisse, descend de 15 centimètres entre les cuisses et descend de 20 à 25 centimètres quand la malade est debout.

Tube digestif : pas de constipation ; a souffert souvent de coliques ; douleurs à la miction. Pas de hernie.

L'examen local montre : Tumeur de la région vulvo-périnéale, piriforme, coloration rosée, ulcérée, découverte dans sa plus grande partie par muqueuse vaginale.

A la partie inférieure, orifice du col utérin où l'on ne pénètre pas pas profondément, 2 centimètres à peu près la tumeur est réductible. Elle reparait et se tend fortement quand la malade tousse. Le

mét est à sa place normale. Mais la sonde peut descendre dans la tumeur où on peut la sentir.

OPÉRATION. — 18 janvier : Hystérectomie vaginale par le procédé de Pozzi. La vessie est adhérente en avant. Mais je la déplace facilement, après avoir amené sur l'index gauche le cul-de-sac vésico-utérin que je fais saillir en passant au-dessus de l'utérus après incision du Douglas. On remet à plus tard la périnéorrhaphie.

SUITES OPÉRATOIRES. — La malade va très bien. Le soir, elle se lève et on est obligé de l'attacher dans son lit. Aucun incident. 48 heures après on enlève la mèche oxygénée du Douglas, 15 jours plus tard périnéorrhaphie. La malade va très bien et sort le 14 février 1908.

OBSERVATION XVIII

Hystérectomie vaginale pour fibrome

Gabrielle A..., 47 ans, journalière.

Entrée le 16 octobre 1906 pour pertes rouges abondantes, sans douleurs.

Antécédents utérins. Mariée à 24 ans elle a un premier accouchement laborieux à 25 ans (3 jours), fait par une sage-femme; après ce premier accouchement la malade a longtemps perdu en rouge et a eu des douleurs dans tout le bas-ventre.

A 29 ans deuxième accouchement; fait par une sage-femme. Aucun incident particulier.

Il y a 2 ans la malade se présente à la Maternité, elle est alors âgée de 45 ans; depuis deux mois elle n'a pas vu ses règles. M. Guérin fait un curetage. Depuis cette opération la malade sent plus rarement des douleurs dans le bas-ventre; mais elle a des pertes blanches, les règles sont devenues douloureuses, la malade ne peut garder le lit.

Au mois de septembre et octobre dernier elle ne voit pas ses

règles ; elles réapparaissent en novembre mais elles sont beaucoup plus abondantes que par le passé et la malade continue à perdre pendant 30 jours, sans douleurs ; c'est ce qui la décide à entrer à l'hôpital.

N'a jamais perdu en jaune ni en vert ; jamais de douleurs à la miction (blennorragie.)

Réglée à 15 ans : menstrues régulières, abondantes, avec des caillots, parfois nécessitant le repos et séjour au lit durant 3 ou 4 jours.

Actuellement la malade n'accuse pas de pertes blanches, pas de douleurs.

La malade a beaucoup maigri, elle est anémiée, très pâle, cependant on compte des globules au nombre de 4.160.000 ; n'a pas de fièvre, ni de sueurs. Bien que la femme n'ait pas eu d'accouchement au forceps et que son premier ait duré trois jours, on observe une grande déchirure de son périnée ; il en résulte que les parois vaginales antérieure et postérieure sont descendues, aplaties, formant des colpocèles antérieurs (se compliquant parfois de cystocèle) et colpocèle postérieur (se compliquant plus rarement de rectocèle).

Le toucher ne montre aucune tumeur.

Mais l'utérus est gros, dépasse de 5 travers de doigt la symphyse du pubis. Il est mobile, en antéversion très prononcée et légèrement dévié à droite. Les culs-de-sac sont libres, cet utérus paraît fibromateux.

Mesure à l'hystéromètre ; la cavité utérine a une longueur de 7 cm. 1/2 c'est-à-dire 1/2 cent. de plus que la normale. Son utérus descendant assez facilement, M. de Rouville l'enlèvera par la voie vaginale.

INTERVENTION. — Elle a lieu le 21 janvier, l'utérus ne descend pas aussi facilement qu'on le pensait, il est bloqué par un bloc fibromateux inclus dans le ligament large droit. L'utérus est enlevé par morcellement, le fibrome a été énuclée. La malade sort guérie le 15 février 1907. Revue souvent en parfaite santé.

OBSERVATION XIX

Hystérectomie vaginale pour fibromes

Mme G. F..., 45 ans, giletière.

Fibromatose utérine très hémorragique.

Entrée à la clinique le 16 décembre 1906, pour des pertes rouges extrêmement abondantes.

Elle a le facies d'une femme saignée à blanc. Elle ne souffre pas.

Réglée à 12 ans régulièrement ; sans douleurs.

Mariée à 22 ans : Premier accouchement à 23 ans, hémorragie ; elle a alors souffert du bas-ventre. Deuxième accouchement à 28 ans.

A partir de cet accouchement, la malade a toujours perdu. Ses douleurs augmentant, elle vient à l'hôpital.

Utérus en antéversion très prononcée, mobile, très gros, remontant à 5 travers de doigt au-dessus de la symphyse ; utérus fibreux. On ne délimite aucune tumeur distincte. Les culs-de-sac sont entièrement libres. 8 cent. 1/2 à l'hystéromètre.

INTERVENTION.— Hystérectomie vaginale le 23 janvier.— L'utérus est fortement fixé et ne peut basculer. Enucléation d'une masse fibromateuse sur la face postérieure du corps.

Les suites opératoires sont parfaites. Elle quitte le service le 20 février 1907 en très bon état, mais elle se plaint de ne pouvoir dormir. Je la revois chez moi en juillet 1907. Elle est superbe, colorée et radieuse, elle me demande si elle peut coïter sans danger. Bon sommeil, bon appétit.

OBSERVATION XX

Hystérectomie vaginale pour utérus fibromateux

S. D..., 31 ans.

Entre pour douleurs abdominales siégeant à la région médiane.

Réglée à 10 ans, régulièrement, sans douleur, sans caillots. Durée 8 à 10 jours.

Mariée à 19 ans ; 1^{er} accouchement à 20 ans. Au bout de deux mois de grossesse, la malade ressent une vive douleur du côté gauche qui l'empêche de continuer son travail. Cette douleur apparaît avec intermittence pendant toute la durée de la grossesse. L'accouchement est normal. La malade garde le lit pendant 40 jours. A 25 ans 2^e accouchement. Entre les deux accouchements la malade se plaint toujours des mêmes douleurs mais sans crises. Ce 2^e accouchement est normal ; la malade garde le lit de 10 à 15 jours. A 26 ans 3^e accouchement, normal ; la malade garde le lit un mois. Les douleurs persistent, mais toujours à un état latent. Il y a 2 ans 1/2 la malade a eu une nouvelle crise. Vagin normal. Le col est largement fendu transversalement. Déchirure plus accusée à droite. Dans le col on introduit l'index. Lèvre antérieure hypertrophiée. Quelques œufs de Naboth. Col court. Cul-de-sac droit normal. A gauche on sent la trompe.

OPÉRATION. — 15 décembre. — Hystérectomie vaginale totale.

Suites opératoires excellentes. Malade sort guérie.

Un nouveau cas de métrite parenchymateuse ayant été opéré pendant l'impression de la thèse nous avons dû renvoyer son observation en note.

OBSERVATION XXI

Hystérectomie vaginale pour métrite parenchymateuse

B. J., 41 ans, ménagère. Entrée : 11 mars 1909, pour douleurs du ventre.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Réglée régulièrement. — 5 à 6 jours — Douleurs avant les règles. Mariée à 18 ans. Cinq enfants. Une fausse couche de 4 mois. Deux accouchements au forceps. Depuis mariage, règles moins abondantes. Pertes blanches. Il y a 14 ans, douleurs au ventre, surtout à gauche. Depuis un an, augmentation.

Examen : Déchirure du périnée; colpocèles antérieur et postérieur.

Gros col ulcéré. Utérus en rétroversion. Déchirure à gauche. Glaires. Utérus très mobile et abaissable.

Opération : Le 23 mars. Hystérectomie vaginale. Section médiane de la paroi antérieure. Bascule facilement. Les annexes sont prolabées dans le douglas.

Examen des pièces : utérus 10 cm. de long. Parties épaisses, friables. Fongosités hémorragiques au niveau du corps, Trompes augmentées de longueur, sinueuses. Ovaires scléro-kystiques. A droite, volumineux kyste hématique folliculaire rompu au cours de l'opération.

CONCLUSIONS

L'hystérectomie vaginale a perdu la plupart des indications qu'on lui reconnaissait il y a 15 ans.

Mais ce n'est pas une opération morte.

Absolument contre-indiquée dans le traitement du cancer de l'utérus, elle reste cependant indiquée actuellement — dans quelques cas exceptionnels, mais nettement déterminés — dans le traitement :

- des salpingo-ovarites,
- des fibromes,
- du prolapsus utérin,
- de l'inversion utérine,
- de l'infection puerpérale,
- des métrites chroniques.

Il nous paraît difficile de résumer d'une phrase ses indications particulières que nous nous sommes efforcé de déterminer.

Nous adopterions volontiers, comme conclusion de cette étude, la phrase souvent citée de Bouilly : « Il ne saurait plus être question aujourd'hui de diviser les chirurgiens en *laparotomistes* et en *hystérectomistes* ; la laparotomie et l'hystérectomie vaginale sont deux opérations que tout gynécologue doit également connaître et exécuter suivant les indications. » C'est à son sens clinique de choisir celle des deux voies qui s'offre comme *la plus rapide, la plus facile et la plus bénigne*.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL. — Revue de Pozz', 1904 : Parallèle entre l'abdominale et la vaginale.
- ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — (dernières années).
- AUDIAU (Jules). — Thèse de Paris, 1897 : Traitement opératoire des annexites.
- BAUDRON. — Thèse de Paris, 1894.
- BENOIST. — Thèse de Paris, 1901.
- BLANC (Edm.). — Thèse de Lyon, 1887 : Inflammation péri-utérine.
- BONAMY. — Thèse de Paris, 1899.
- BOUILLY. — Congrès français de Chirurgie, 1896.
- BBASSEUR. — Thèse de Paris.
- BROSSET. — Thèse de Paris, 1898.
- BRÖZE. — De l'Hystérectomie vaginale. Revue Pozzi, 1901, n° 1.
- CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, 1892.
- CONGRÈS MÉDICAL, 1902.
- CRISTEANU. — Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale (Juillet 1904).
- DELAGE. — Thèse de Paris, 1901.
- DELBET. — *in* Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.
- DOLÉRIS. — Inflammation chronique de la cavité pelvienne (La Gynécologie, 1903, p. 193).
- Archives de Tocologie, 1895.
- DOYEN. — Congrès de Moscou, 1897.

- FAURE (L.) — Traité de la Chirurgie des annexes, 1902.
— La Gynécologie, 1901.
— Congrès de Chirurgie, 1904, octobre.
— La Gynécologie, 1906, n° 1.
- FRESSON. — Thèse de Paris, 1902.
- GALLAND. — Thèse de Paris, 1905.
- HARTMANN. — Annales de Gynécologie, 1897.
— — — 1898,
— — — 1905.
— Congrès d'Amsterdam, 1899.
- HEPR. — *in* Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.
- JONNESCO. — Congrès d'Amsterdam, 1899.
- LABADIE-LAGRAVE. — Traité médico-chirurgical, 1902.
- LAFOURCADE. — Thèse de Paris, 1893.
- LAROYENNE. — Congrès de Rome, 1894.
- LEGUEU. — Congrès de Rome, 1902.
- LE DENTU. — Gazette des Hôpitaux, 1892.
- LEMIERRE. — Thèse de Paris, 1904.
- MANDE et BÜRGER. Traité des Collections des Annexes.
- MOURLHOUN. — Thèse de Paris, 1906.
- OUI. — Congrès de Nantes, 1901.
- PICHEVIN. — Semaine gynécologie, Janvier 1904.
— Gazette de gynécologie, 1892.
— — — Janvier 1902.
- PINARD. — Congrès de Madrid, 1902.
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- REVUE DE GYNÉCOLOGIE — Dernières années.
- RICHELOT. — Société Obstétricale, Gynécologique et Pédiatrique,
octobre 1904 et décembre 1904.
— Indication actuelle de l'Hystérectomie vaginale (La
Gynécologie, 1904, n° 9).
— Chirurgie de l'Utérus, du Vagin et de la Vulve.
— L'Hystérectomie vaginale, 1894.
- RICOU. — Thèse de Paris, 1905.
- ROGHARD. — Revue de Gynécologie, 1904.
- ROGER. — Thèse de Paris, 1900.
- ROUSSEL. — Congrès français de Chirurgie, 1903.
- ROUTIER. — Sociétés et Congrès de chirurgie.

ROUVILLE (DE) et TUFFIER. — XV^e Congrès de Chirurgie. Lisbonne, 1906.

SEGOND. — Société d'obstétrique, décembre 1904.

— Congrès de Gynécologie de Bruxelles, 1892, p. 37.

— — — de Genève, 1896.

— Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1891, p. 153.

SIREDEY. — Maladies puerpérales, 1884.

TASTE. — Thèse Paris.

TUFFIER. — Congrès de Rome, 1902.

— Congrès de Lisbonne, 1906.

VAN DER HÖEVEN. — *In* Revue Pozzi, 1899.

WINTREBERT. — Thèse de Paris, 1895.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 18 Mars 1909.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 17 Mars 1909.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
